

Especialização Multiprofissional em **Saúde da Família**



Eixo III - A Assistência na Atenção Básica
Atenção Integral à Saúde do Adulto
Medicina
2ª edição



GOVERNO FEDERAL

Presidente da República

Ministro da Saúde

Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES)

Diretora do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES)

Coordenador Geral de Ações Estratégicas em Educação na Saúde

Responsável Técnico pelo Projeto UNA-SUS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Reitora Roselane Neckel

Vice-Reitora Lúcia Helena Pacheco

Pró-Reitora de Pós-graduação Joana Maria Pedro

Pró-Reitor de Pesquisa Jamil Assereuy Filho

Pró-Reitor de Extensão Edison da Rosa

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Diretora Kenya Schmidt Reibnitz

Vice-Diretor Arício Treitinger

DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA

Chefe do Departamento Antonio Fernando Boing

Subchefe do Departamento Sérgio Fernando Torres de Freitas

Coordenadora do Curso Elza Berger Salema Coelho

COMITÊ GESTOR

Coordenadora do Curso Elza Berger Salema Coelho

Coordenadora Pedagógica Kenya Schmidt Reibnitz

Coordenadora Executiva Rosângela Leonor Goulart

Coordenadora Interinstitucional Sheila Rubia Lindner

Coordenador de Tutoria Antonio Fernando Boing

EQUIPE EAD

Alexandra Crispim Boing

Antonio Fernando Boing

Eleonora Milano Falcão Vieira

Marialice de Mores

Sheila Rubia Lindner

1ª EDIÇÃO - AUTORES

Calvino Reibnitz Júnior

Fernanda Lazzari Freitas

Flávia Regina Souza Ramos

Heitor Tognoli

Lúcia Nazareth Amante

Luiz Roberto Agea Cutolo

Maria Itayra Coelho de Souza Padilha

2ª EDIÇÃO ADAPTADA - AUTORES

Calvino Reibnitz Júnior

Fernanda Lazzari Freitas

Flávia Regina Souza Ramos

Heitor Tognoli

Lúcia Nazareth Amante

Luiz Roberto Agea Cutolo

Maria Itayra Coelho de Souza Padilha

Fernanda Alves Carvalho de Miranda

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Atenção Integral à Saúde do Adulto Medicina

2ª edição

Eixo III

A Assistência na Atenção Básica

Florianópolis
UFSC
2012

© 2012 todos os direitos de reprodução são reservados à Universidade Federal de Santa Catarina. Somente será permitida a reprodução parcial ou total desta publicação, desde que citada a fonte.

Edição, distribuição e informações:

Universidade Federal de Santa Catarina

Campus Universitário, 88040-900 Trindade – Florianópolis – SC

Disponível em: www.unasus.ufsc.br.

Ficha catalográfica elaborada pela Escola de Saúde Pública de Santa Catarina Bibliotecária responsável: Eliane Maria Stuart Garcez – CRB 14/074

U588a Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde.
Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família.

Atenção integral à saúde do adulto: medicina [Recurso eletrônico] /
Universidade Federal de Santa Catarina; Calvino Reibnitz Júnior; Fernanda
Lazzari Freitas; Flávia Regina Souza Ramos. 2. ed. – Florianópolis :
Universidade Federal de Santa Catarina, 2012.

121 p. (Eixo 3 – A Assistência na Atenção Básica).

Modo de acesso: www.unasus.ufsc.br

Conteúdo do módulo: Introdução. – Atenção Integral aos Usuários com
Doenças Crônicas não Transmissíveis. – Principais Doenças Crônicas não
Transmissíveis. – Usuário com Doenças Transmissíveis. – Experiências
Exitosas do Trabalho Interdisciplinar na Atenção Básica em Saúde do Adulto.

ISBN: 978-85-8267-004-0

1. Saúde do adulto. 2. Doenças transmissíveis. 3. Medicina preventiva. 4.
Doença crônica. I. UFSC. II. Reibnitz Júnior, Calvino. III. Freitas, Fernanda
Lazzari. IV. Ramos, Flávia Regina Souza. V. Título. VI. Série.

CDU: 613.97

EQUIPE DE PRODUÇÃO DE MATERIAL

Coordenação Geral da Equipe: Eleonora Milano Falcão Vieira, Marialice de Moraes

Coordenação de Produção: Giovana Schuelter

Design Instrucional: Marlete Vieira

Revisão Textual: Arielle Louise Barichello Cunha, Flávia Goulart

Design Gráfico: Fabrício Sawczen

Ilustrações: Rafaella Volkmann Paschoal, Fabrício Sawczen

Design de Capa: Rafaella Volkmann Paschoal

SUMÁRIO

UNIDADE 1 INTRODUÇÃO À ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO ADULTO	11
1.1 Atividades de grupo para a população adulta.....	13
1.2 Atividades de sala de espera.....	14
1.3 Visita domiciliar.....	14
REFERÊNCIAS	16
UNIDADE 2 ATENÇÃO INTEGRAL AOS USUÁRIOS COM DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS	19
2.1 Ampliando a capacidade de intervenção.....	20
2.2 Fundamentos para a abordagem integral aos usuários com Doenças Crônicas Não Transmissíveis	20
2.3 Rastreamento de doenças crônicas mais comuns em Atenção Básica.....	24
2.4 Desenvolvendo a habilidade de comunicação com o usuário.....	28
REFERÊNCIAS	33
UNIDADE 3 PRINCIPAIS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS	35
3.1 Hipertensão Arterial Sistêmica.....	35
3.1.1 Fatores de risco para a hipertensão arterial	36
3.1.2 Tratamento da hipertensão arterial	37
3.1.3 Abordagem clínica ao usuário com hipertensão arterial	39
3.1.4 Chaves na abordagem ao indivíduo com hipertensão arterial.....	41
3.2 <i>Diabetes mellitus</i>	42
3.2.1 Algumas considerações e conceitos sobre <i>Diabetes mellitus</i>	42
3.2.2 Diagnóstico clínico e laboratorial do <i>Diabetes mellitus</i>	45
3.2.3 Atenção ao usuário com <i>Diabetes mellitus</i>	45
3.2.4 Complicações do <i>Diabetes mellitus</i>	46
3.2.5 Chaves na abordagem da pessoa com <i>Diabetes mellitus</i>	49
3.3 Doença renal crônica	51
3.4 Prevenção de eventos cardíacos isquêmicos.....	52
3.4.1 Indicadores de alto risco.....	53
3.4.2 Indicadores intermediários de risco	54
3.5 Doenças respiratórias	55
3.5.1 Considerações gerais	55
3.5.2 Doença pulmonar obstrutiva crônica.....	56
3.6 Doenças osteomusculares.....	61
3.6.1 Lombalgia	61
3.6.2 Osteoartrose	64
REFERÊNCIAS	68

UNIDADE 4 O USUÁRIO COM DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS	71
4.1 Considerações gerais sobre doenças transmissíveis.....	71
4.2 Tuberculose.....	74
4.2.1 Ações de combate à tuberculose.....	77
4.2.2 Abordagem clínica.....	78
4.3 Pneumonia comunitária no adulto.....	80
4.4 Hepatites Virais.....	82
4.4.1 Ações contra as hepatites virais.....	85
4.5 Doenças sexualmente transmissíveis e AIDS.....	87
4.5.1 A AIDS e as políticas públicas de saúde.....	87
4.5.2 Diagnóstico e tratamento.....	92
REFERÊNCIAS	104

UNIDADE 5 EXPERIÊNCIAS EXITOSAS DO TRABALHO INTERDISCIPLINAR NA ATENÇÃO BÁSICA – SAÚDE DO ADULTO	109
5.1 Capacitação dos profissionais de saúde para o atendimento de parada cardiorrespiratória na atenção primária.....	109
5.2 Calendário educativo da saúde.....	110
5.3 Todos contra um: a experiência de um trabalho multiprofissional contra o tabagismo.....	112
5.4 Construindo cidadania: educação popular em saúde via rádio comunitária.....	114
REFERÊNCIAS	115

SÍNTESE DO MÓDULO	116
--------------------------------	------------

AUTORES	117
----------------------	------------

APRESENTAÇÃO DO MÓDULO

Seja bem-vindo(a)!

O presente módulo aborda a Atenção Integral à Saúde do Adulto e pretende levantar aspectos relacionados à atenção à pessoa adulta e ao processo de trabalho na atenção básica.

Neste sentido, o conteúdo foi organizado de modo a contemplar a discussão sobre a aquisição de uma série de habilidades e atitudes necessárias às ações em saúde direcionadas aos indivíduos nesta faixa etária, reforçando a importância de uma postura diferenciada, solidária e acolhedora. Para tanto, estudaremos a importância das atividades de grupo para a população adulta, atividades de sala de espera e visita domiciliar, a atenção integral aos usuários com agravos, principais doenças crônicas não transmissíveis e o usuário com doenças transmissíveis.

Os conteúdos foram assim distribuídos e apresentados com o objetivo de contribuir para o aperfeiçoamento do trabalho da equipe de atenção básica e para que ofereçam subsídios e conhecimentos sobre este tema, orientando o profissional de saúde para uma atenção integral à saúde do adulto no contexto da atenção básica. Esses conteúdos abordam os problemas mais prevalentes na prática clínica da atenção à saúde do adulto e, conseqüentemente, ações que devem ser empregadas no enfrentamento de tais problemas.

Outro aspecto relevante a ser destacado neste módulo é a apresentação de exemplos práticos e relatos de experiências na atenção básica sobre possibilidades de interlocução entre a Equipe de Saúde da Família – ESF e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF. Busca-se com isto reforçar a importância do trabalho em equipe interdisciplinar.

Sem a pretensão de esgotar os temas abordados, o texto traz um referencial atualizado que tem sua base em evidências científicas. Pretendemos colaborar na construção de um processo de trabalho fundamentado na integralidade em suas diferentes vertentes ou sentidos, um verdadeiro e constante desafio para o profissional de saúde.

Assim, convidamos você a aprofundar seus conhecimentos acerca da Atenção Integral à Saúde do Adulto no âmbito da saúde brasileira.

Desejamos a você um ótimo proveito deste material!

Ementa

Abordagem integral à saúde do adulto; humanização da assistência; trabalho interdisciplinar em equipe; atenção integral à saúde do adulto na atenção básica; atenção integral aos usuários com doenças crônicas não transmissíveis; principais doenças crônicas não transmissíveis; o usuário com doenças transmissíveis; experiências exitosas do trabalho interdisciplinar na atenção básica – saúde do adulto.

Objetivo geral

Compreender a atenção à saúde do adulto de maneira mais abrangente, de modo a incluir os diferentes olhares do trabalho em equipe nas questões relativas à saúde do adulto na perspectiva do cuidado integral à saúde, da humanização da assistência e do trabalho interdisciplinar.

Objetivos específicos

- Contextualizar a saúde do adulto no cenário brasileiro com vistas ao reconhecimento das possibilidades de atenção fundamentadas pela clínica ampliada e à integralidade do cuidado, tais como as atividades de grupo para a população adulta na sala de espera e na visita domiciliar.
- Compreender as ações envolvidas na promoção da atenção integral à saúde do adulto na atenção básica.
- Revisar as principais condições crônicas de saúde do adulto, sob a perspectiva da clínica ampliada, do trabalho interdisciplinar e da integralidade do cuidado.
- Refletir sobre as principais doenças transmissíveis que acometem a população adulta, reorganizando a atenção com vistas à integralidade da atenção à saúde do adulto.
- Identificar possibilidades de trabalho interdisciplinar na atenção básica por meio do relato de experiências exitosas para subsidiar uma prática profissional fundamentada pela integralidade do cuidado.

Carga horária: 30h

Unidades de Conteúdo

Unidade 1: Introdução à atenção integral à saúde do adulto

Unidade 2: Atenção integral aos usuários com doenças crônicas não transmissíveis

Unidade 3: Principais doenças crônicas não transmissíveis

Unidade 4: O usuário com doenças transmissíveis

Unidade 5: Experiências exitosas do trabalho interdisciplinar na Atenção Básica – saúde do adulto

PALAVRAS DOS PROFESSORES

Seja bem-vindo a este módulo!

O trabalho da equipe na atenção básica possui características próprias que lhe conferem a capacidade de acompanhar a população ao longo do tempo. Esta oportunidade permite aos profissionais que atuam neste nível de atenção não apenas alcançarem a longitudinalidade do cuidado, mas também estabelecerem vínculos e laços solidários com a comunidade. Neste contexto, a população desloca-se do papel tradicional de receptor de ações definidas unilateralmente pela equipe para assumir sua função de protagonista do cuidado e de cidadão, discutindo coletivamente questões de qualidade de vida, bem-estar e determinantes de saúde do seu território, na perspectiva da corresponsabilização, da cogestão e da integralidade do cuidado.

Os adultos compõem uma parcela significativa assistida pelas equipes de saúde na atenção básica e as mudanças do perfil demográfico brasileiro fazem com que, nas últimas décadas, o número de pessoas nesta faixa etária aumente no país. A procura pelos serviços de saúde por parte desta população ocorre em diversas situações, mas principalmente por doenças crônicas e doenças relacionadas ao trabalho.

Neste contexto, este módulo estrutura-se de forma a compreender as estratégias de trabalho direcionadas às pessoas adultas no âmbito da atenção básica, procurando identificar suas necessidades de saúde e organizar o processo de cuidado a partir delas, entendendo que estes são pontos fundamentais para a qualidade da atenção integral à saúde do adulto.

As ações devem ser desenvolvidas pelos profissionais da atenção básica de modo articulado com a comunidade, especialmente aquelas relacionadas à prática clínica, como no caso das doenças crônicas, patologias transmissíveis prioritárias, sexualmente transmissíveis e aquelas ligadas à obesidade e aos transtornos alimentares.

Pensamos ainda que os profissionais da atenção básica devem considerar em sua abordagem os aspectos sociais e culturais do território adscrito e a relação destes com os problemas prevalentes na população adulta. Neste módulo, em particular, buscar-se-á compreender o papel do médico na equipe multiprofissional e a sua atuação na busca da integralidade do cuidado em saúde da população adulta.

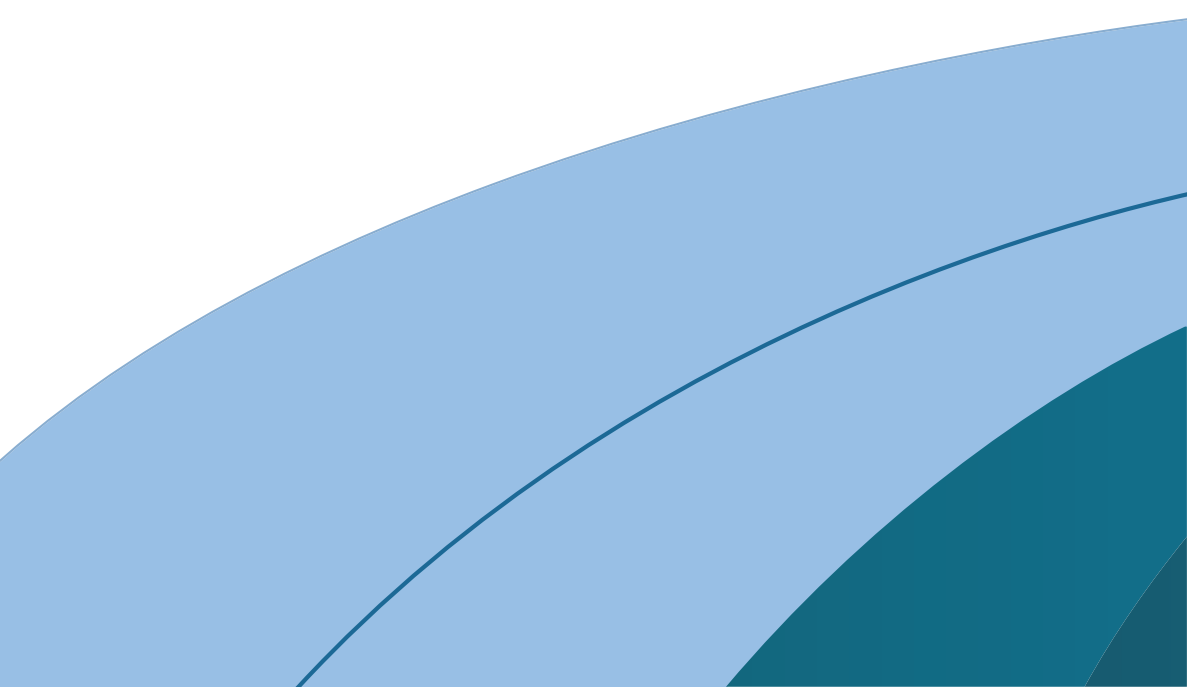
Desejamos a você um ótimo proveito deste material!

Bons estudos!

Calvino Reibnitz Júnior
Fernanda Lazzari Freitas
Flávia Regina Souza Ramos
Heitor Tognoli
Lúcia Nazareth Amante
Luiz Roberto Agea Cutolo
Maria Itayra Coelho de Souza Padilha
Fernanda Alves Carvalho de Miranda

Atenção Integral à Saúde do Adulto
Medicina

Unidade 1



1 INTRODUÇÃO À ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO ADULTO

Nas últimas décadas, o país passou por diversas mudanças, dentre as quais o processo de urbanização, a intensa migração, o aumento da expectativa de vida, a redução da fecundidade e as transformações na composição das famílias. Essas mudanças contribuíram para que a estrutura etária da população brasileira também se modificasse, ampliando-se o número de pessoas adultas, aquelas com idade entre 20 e 59 anos.

Com o aumento da expectativa de vida e o envelhecimento da população, as doenças crônico-degenerativas aparecem como principais causas de morbidade e mortalidade.

Essa população adulta, em nosso país, está exposta a fatores de risco, como baixos níveis de atividade física (15%), consumo de alimentos com alto teor de gordura (34%), consumo de refrigerantes cinco ou mais dias na semana (28%), e baixo consumo de frutas e hortaliças. Apenas 18,2% da população adulta consomem frutas e hortaliças cinco ou mais dias por semana. A prevalência de excesso de peso e a obesidade atingem 48% a 14% dos adultos respectivamente (BRASIL, 2011).

As doenças crônicas não transmissíveis correspondem a 72% das mortes no Brasil, atingindo principalmente as camadas mais pobres da população. No entanto, na última década, observou-se uma redução de 20% na taxa de mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis, sendo essa diminuição atribuída à expansão da Atenção Básica, à melhoria na assistência e à redução do tabagismo nas últimas duas décadas (BRASIL, 2011).

Neste contexto, o Ministério da Saúde propõe um Plano de Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis para o período de 2011 a 2022, abordando as doenças do aparelho circulatório, o câncer, as doenças respiratórias crônicas e o diabetes. Enfatiza neste plano a necessidade de enfrentamento dos fatores de risco, incluindo o tabagismo, o consumo nocivo de álcool, a inatividade física, a alimentação inadequada e a obesidade.

Ao mesmo tempo, é importante que a equipe de saúde esteja atenta às doenças transmissíveis que também acometem esse grupo populacional. A AIDS, as hepatites virais e a tuberculose são destaque nas políticas públicas direcionadas ao grupo populacional em questão.

A Atenção Integral à Saúde do Adulto possui um caráter transversal nas políticas públicas de saúde e está presente sob diferentes perspectivas, como nas políticas de promoção da saúde e de atenção às doenças, exigindo de gestores, profissionais (saúde, educação, etc.) e comunidade um esforço coletivo para o fortalecimento da rede de serviços de saúde, para a melhoria das condições de vida.

A fim de organizar a atenção à saúde do adulto no Brasil, o Ministério da Saúde estruturou-se em diferentes áreas técnicas, entendendo que a proposição de políticas específicas, como a saúde da mulher, a saúde do idoso ou a saúde mental, responde às principais demandas dessa parcela da população. Essas políticas possuem, por sua vez, uma longa história de construção, que é produto de movimentos sociais, intelectuais e políticos, até virem a expressar a defesa de valores essenciais para cada um dos campos, e de acordo com especificidades desses sujeitos: necessidades, demandas, agravos, modos de viver.

Em virtude dessa transversalidade, as políticas públicas direcionadas à saúde do adulto estão fortemente presentes na estruturação da Atenção Básica Ampliada, em que diferentes áreas estratégicas são entendidas como prioritárias e, por isso, possuem políticas próprias, como Saúde da Mulher, Saúde do Homem, Saúde do Idoso, Saúde Bucal, Saúde Mental, Saúde da Criança, Saúde do Adolescente e Jovem, Saúde do Trabalhador. Outras áreas estratégicas são trabalhadas em programas e projetos especiais, como os dirigidos para a saúde indígena, hipertensão e diabetes, alimentação e nutrição, para as urgências, hepatites, DSTs/AIDS.

É importante ressaltar que a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem é uma das últimas políticas implementadas no âmbito do SUS e evidencia os principais fatores de morbimortalidade na saúde do homem. Este documento reconhece os determinantes sociais que resultam na vulnerabilidade da população masculina aos agravos à saúde, considerando que representações sociais sobre a masculinidade comprometem o acesso à atenção primária, bem como repercutem de modo crítico na vulnerabilidade dessa população a situações de violência e de risco para a saúde. A mobilização da população masculina brasileira para a luta pela garantia de seu direito social à saúde é um dos desafios desta política, que pretende politizar e sensibilizar os homens para o reconhecimento e a enunciação de suas condições sociais e de saúde, para que advenham sujeitos protagonistas de suas demandas, consolidando seu exercício e gozo dos direitos de cidadania (BRASIL, 2008, p. 7).

É importante que a equipe de saúde esteja atenta às especificidades da população adulta de seu território e promova com esta o estímulo a hábitos saudáveis dentro da política de promoção de saúde, objetivando reduzir a incidência de doenças crônicas. Além disso, a equipe de saúde tem um importante papel também na atenção às doenças transmissíveis, com ações de educação em saúde e medidas de prevenção, monitoramento e controle.



Na Prática

Aproveite este momento para rever a configuração da população adulta de seu território e as ações que a sua equipe de saúde desenvolve, cuidando dessa parcela da população. A seguir, veremos algumas ações importantes a serem desenvolvidas pelas equipes de saúde no cuidado à população adulta. Acompanhe.

1.1 Atividades de grupo para a população adulta

Grande parte da população adulta possui alguma doença crônica. Diante desta realidade, algumas ações em saúde podem ser particularmente úteis para promover o cuidado às pessoas com tais problemas, assim como para grupos de pessoas que possuam um problema em comum.

As atividades de grupo são estratégias promissoras para o enfrentamento dos problemas crônicos apresentados pela população adulta, uma vez que facilitam o acompanhamento desses usuários e fortalecem o vínculo entre a comunidade e a equipe de saúde. Esta ação propicia espaço para a troca de experiências entre profissionais-usuários e usuários-usuários, educação em saúde e criação de rede de apoio dentro da comunidade. Ademais, estimula os usuários a serem protagonistas na construção de sua condição de saúde.

Algumas sugestões de grupos destinados à população adulta: Grupos de Promoção à Saúde para portadores de hipertensão arterial sistêmica e *Diabetes mellitus*, Grupo de Atividade Física, Grupo de Saúde Mental, Grupo de Trabalhos Manuais, Grupo de Tabagismo e Grupo de Reabilitação.

Em toda atividade de grupo, é importante o planejamento. Um planejamento mínimo é essencial para o bom andamento de um grupo, para o alcance dos objetivos e melhor aproveitamento do tempo.

De acordo com o objetivo, a faixa etária, o interesse do grupo, as características da comunidade, a criatividade e a opção metodológica da equipe, existe uma grande variedade de opções para se trabalhar determinado conteúdo nas atividades de grupo. Sugerimos a [pedagogia problematizadora](#)¹, em que o educador

¹ Paulo Freire, que é um educador muito valorizado internacionalmente, é considerado o “pai” da pedagogia problematizadora.

busca construir o conhecimento a partir da realidade do educando, trabalhando com base nos conhecimentos pré-adquiridos. Buscam-se soluções em conjunto, de forma a constituir um educando ativo, crítico, com liberdade para expressar suas percepções e opiniões, numa relação menos hierárquica.

O tamanho do grupo depende dos seus objetivos. Para facilitar o processo, grupos terapêuticos, por exemplo, não devem ter mais que 15 participantes. Já os grupos de atividade física podem ser maiores.

É preciso ter claro que o profissional de saúde está no grupo com um papel definido e que não é um mero participante. Tem a responsabilidade de utilizar seus conhecimentos para contribuir de alguma forma com a melhoria da saúde do grupo. Durante o planejamento do grupo, é bom que já se defina quem serão o coordenador e o relator. Isso evita que, na hora do andamento do grupo, os profissionais de saúde fiquem competindo pela coordenação ou cada um instigue o grupo para direções diferentes.

1.2 Atividades de sala de espera

A sala de espera é território muitas vezes pouco utilizado pelos profissionais de saúde. É um espaço que possibilita práticas pontuais de educação em saúde e troca de informações. Os profissionais de saúde podem utilizá-la para esclarecimentos sobre o fluxo de atendimento na Unidade, atividades de educação em saúde, exibição de vídeos e até atividades lúdicas.



Link

Grupo sala de espera: trabalho multidisciplinar em unidade básica de saúde.
http://www.esp.rs.gov.br/img2/v20n2_10Grupo.pdf

1.3 Visita domiciliar

A visita domiciliar na Atenção Básica tem como objetivo ações de vigilância, assistência e promoção à saúde no domicílio. A visita domiciliar é, sem dúvida, uma das principais ferramentas da Estratégia Saúde da Família (ESF), por aproximar a equipe de saúde à família. Através dela, a equipe passa a conhecer melhor as condições de vida e saúde da comunidade e as potencialidades da família na construção de soluções para seus problemas. Propicia a corresponsabilidade do indivíduo ou da família, tornando-o sujeito para decidir junto com a equipe sobre os problemas de saúde e agravos.

Todos os membros da equipe devem realizar visitas domiciliares. O trabalho em equipe é fortalecido, e a integralidade de atenção aos usuários é favorecida pela troca de informações e conhecimentos das competências de todas as disciplinas envolvidas (profissionais da ESF e os profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF).

Quanto à população adulta, as visitas podem ser efetuadas em diferentes situações: portadores de doenças crônicas com limitação física, egressos de hospital com condição incapacitante, usuários em fase terminal, portadores de doença mental com limitação de acesso à unidade de saúde, abordagem familiar, busca ativa de marcadores do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) ou de doenças de notificação compulsória.

Apesar de ser uma ferramenta preciosa do trabalho em Atenção Básica à Saúde, a assistência domiciliar traz algumas reflexões éticas desse procedimento: o cuidado deve ser determinado pelo usuário, não pela patologia, grupo etário ou área de risco; deve-se obter consentimento da família para a realização da visita e respeito à autonomia da família em relação aos cuidados domiciliares.

Todas as ações sugeridas devem ser avaliadas rotineiramente. A avaliação proporciona a retomada dos objetivos definidos no planejamento e análise do que foi alcançado. Muitas vezes, a avaliação auxiliará na mudança das práticas ou no incremento de algumas ações já em execução. Assim, a avaliação deve ser adotada rotineiramente no processo de trabalho dos profissionais de saúde.

Sua equipe já desenvolve essas atividades voltadas para esse grupo populacional de seu território? Se a resposta for afirmativa, parabéns! Caso seja negativa, leve esta discussão para uma reunião de sua equipe! A reunião de equipe é um momento importante para discutir e avaliar o processo de trabalho que está sendo desenvolvido e também para, a partir disso, construir novas estratégias de ação, caso necessário.

SÍNTESE DA UNIDADE

O Ministério da Saúde, atento às mudanças do perfil epidemiológico e à realidade socioeconômica brasileira, orienta para uma atuação em saúde voltada à assistência integral com especial atenção para as Doenças Crônicas Não Transmissíveis, no entanto, sem negligenciar as doenças transmissíveis e a atenção a outras necessidades individuais e coletivas em saúde que a população apresente ou que os profissionais de saúde identifiquem. A assistência deve, ainda, valorizar estratégias de atuação coletivas – como o desenvolvimento de grupos operativos, as atividades de sala de espera e as visitas domiciliares – na perspectiva da educação problematizadora e da ação interdisciplinar, com vistas à integralidade do cuidado.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde. **Dengue, esquistossomose, hanseníase, malária, tracoma e tuberculose**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

Atenção Integral à Saúde do Adulto
Medicina

Unidade 2



2 ATENÇÃO INTEGRAL AOS USUÁRIOS COM DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

Frente aos números crescentes de casos de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) na população brasileira, apesar dos avanços científicos, percebe-se uma mudança na percepção do significado de doença crônica, pois ainda que englobe doenças ou estados de mal-estar com características bastante distintas na forma como se apresentam - etiologia, fisiopatologia, evolução, órgãos afetados e tratamento -, as doenças crônicas possuem algumas semelhanças, especialmente na maneira como afetam a vida das pessoas que passam a viver nesta nova condição de saúde (PADILHA; SILVA; BORENSTEIN, 2004). Buscaremos mostrar como estas semelhanças podem ser consideradas no trabalho das Equipes de Atenção Básica, em especial da Equipe de Saúde da Família, de modo que consigam auxiliar o usuário a ter uma qualidade de vida melhor.

Adiantamos que as ações de atenção integral à saúde do adulto em condição crônica constituem um tema cuja reflexão remete à necessidade de compreensão dos diversos fenômenos que pertencem ao processo saúde-doença. Um complexo conjunto de fatores sociais, culturais e emocionais mescla-se neste processo e deve ser enfatizado para além do diagnóstico e do tratamento das doenças. Logo, esta unidade procurará mostrar que postura a medicina pode assumir para empregar ações que considerem todos esses fatores em sua prática.

A assistência na atenção básica pressupõe a ampliação da resolubilidade dos agravos à saúde a que a população está exposta. Considerando a multiplicidade de exposições, agravos e doenças, o Ministério da Saúde lança, em 2011, o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil (BRASIL, 2011).

Entre as melhores apostas e outras intervenções custoefetivas para a assistência a esta população estão:

- Aconselhamento e terapia multidroga, incluindo o controle da glicemia nos casos de diabetes em pessoas com mais de 30 anos de idade que apresentam risco de, em 10 anos, sofrer um evento cardiovascular fatal ou não fatal.
- Terapia de ácido acetilsalicílico para infarto agudo do miocárdio.
- Rastreamento para câncer do colo do útero, com garantia do seguimento dos casos alterados e com utilização do método Ver e Tratar, sempre que houver indicação clínica.
- Detecção precoce para câncer de mama por meio do rastreamento com exame bianual de mamografia (50-69 anos), seguido de confirmação diagnóstica e tratamento oportuno de 100% dos casos diagnosticados.

- Detecção precoce para câncer colorretal e oral.
- Tratamento de asma persistente com inalantes de corticosteroides e agonistas beta-2.
- Financiamento e fortalecimento dos sistemas de saúde para oferecer intervenções individuais custoefetivas por meio da abordagem da atenção primária.

2.1 Ampliando a capacidade de intervenção

Intervenções efetivas para DCNT são determinadas, em grande parte, pela capacidade do sistema de saúde. Assim, fortalecer e priorizar os programas de doenças crônicas são ações fundamentais para expandir essa capacidade. Programas e políticas locais e regionais devem ser articulados com o Plano Nacional de DCNT para ofertar cuidados aos indivíduos com doenças crônicas, por meio do SUS, especialmente na atenção básica. O Plano deve estar articulado com ações que promovam a melhoria do sistema de informações, formação dos profissionais de saúde, financiamento adequado, obtenção de medicamentos e tecnologia essencial.

2.2 Fundamentos para a abordagem integral aos usuários com Doenças Crônicas Não Transmissíveis

O debate sobre os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) iniciou-se nos anos 1970/1980 a partir do entendimento de que as intervenções curativas e orientadas para o risco de adoecer eram insuficientes para a produção da saúde e da qualidade de vida de uma sociedade, tendo-se em vista que muitos fatores sociais também influenciam na saúde dos indivíduos, como as condições em que as pessoas nascem, vivem, trabalham e envelhecem. A relação estabelecida entre os seres humanos e o meio ambiente ao longo dos tempos tem sido crucial na determinação do impacto causado pelas doenças na sociedade humana.

O crescimento rápido das cidades criou uma grande deterioração ambiental, em termos de condições de vida, saúde e ambientais. A má qualidade do ar, por exemplo, é a grande responsável por doenças respiratórias. A maneira como o espaço urbano é organizado pode influenciar tanto positiva quanto negativamente a prática de atividades físicas, de lazer e os meios de locomoção. Entre os fatores determinantes para a prática de atividades físicas estão: a criminalidade, a existência e qualidade de calçadas, a iluminação pública, a segurança no trânsito, o transporte público e os espaços para a opção de ser ativo. Além disso, a prática de atividade física como meio de locomoção pode contribuir significativamente para a saúde do ambiente com a redução da emissão dos poluentes (WOODCOCK et al., 2007). A poluição e a escassez da água potável, o baixo acesso ao

saneamento básico e ao tratamento de resíduos, a contaminação dos solos, a falta de planejamento urbano e os ambientes insalubres de trabalho são também determinantes das doenças crônicas (violência, depressão, alcoolismo, doenças respiratórias, câncer). A pobreza, entendida não apenas como falta de acesso a bens materiais, mas também como falta de oportunidades, de opções e de voz perante o Estado e a sociedade, é uma grande vulnerabilidade frente aos imprevistos e aos fatores de risco para as doenças crônicas.

Nesse contexto, ações sobre os DSS que diminuam os diferenciais de exposição aos riscos, tendo como alvo, por exemplo, grupos que vivem e trabalham em condições insalubres, em ambientes pouco seguros ou expostos a contaminantes ambientais e com deficiências nutricionais, são de suma relevância para enfrentar as DCNT.

Ação Intersetorial: Ações de prevenção e controle de DCNT requerem articulação e suporte de todos os setores do governo, da sociedade civil e do setor privado, com a finalidade de obter sucesso contra a epidemia das DCNT. Desenvolvimento Sustentável: A epidemia de DCNT tem relevante impacto negativo sobre o desenvolvimento humano e social. A prevenção deveria, por essa razão, ser incluída como prioridade nas iniciativas de desenvolvimento e investimento. O fortalecimento da prevenção e o controle de DCNT devem também ser considerados como parte integral dos programas de redução da pobreza e outros programas de assistência ao desenvolvimento.

A Sociedade Civil e o Setor Privado: As instituições, os grupos da sociedade civil e a Atenção Básica à Saúde são locais distintos para mobilização política e conscientização dos usuários para esforços na prevenção e no controle de DCNT. As empresas podem fazer contribuições importantes em relação aos desafios da prevenção de DCNT, principalmente quanto à redução dos teores de sal, gorduras saturadas e açúcar dos alimentos. Além disso, um setor que evite a propaganda de alimentação ou de outros comportamentos prejudiciais ou, ainda, que reformule produtos para proporcionar acesso a opções de alimentos saudáveis estará dando exemplos de abordagens e ações que deveriam ser implementadas por parceiros de todo o setor corporativo. Os governos são responsáveis por estimular as parcerias para a produção de alimentos mais saudáveis, bem como monitorar os acordos estabelecidos entre as partes. E os profissionais da saúde poderão orientar os usuários a compreenderem as informações nutricionais que constam nos rótulos, sobre a ingestão diária de cada nutriente e sua relação com a dieta adequada a cada indivíduo. Para isso a Equipe de Saúde da Família pode contar com o auxílio do profissional nutricionista da Equipe do NASF.

Abordagem Precoce e Abrangente: Os fatores de risco para DCNT estão disseminados na sociedade. Frequentemente iniciam de modo precoce e se estendem ao longo do ciclo vital. Evidências de países onde houve grandes declínios em certas DCNT indicam que as intervenções de prevenção e tratamento são necessárias (WHO, 2000; WHO, 2011). Por essa razão, a reversão da epidemia de DCNT exige uma abordagem populacional abrangente, incluindo intervenções preventivas e assistenciais. A mortalidade por Acidente Vascular Encefálico, por exemplo, pode ser reduzida com o aumento de medidas preventivas, como o controle da hipertensão e o acompanhamento dos indivíduos que sofreram acidente vascular encefálico (LOTUFO; BENSEÑOR, 2009).

Evidências: medidas de prevenção e controle devem estar embasadas em claras evidências de efetividade e devem também ser custoefetivas. Intervenções de base populacional devem ser complementadas por intervenções individuais de atenção à saúde.

Vigilância e monitoramento: A vigilância de DCNT deve ser integrada ao sistema de informações em saúde, adotando indicadores mensuráveis e específicos. Rede de Serviço: O fortalecimento dos sistemas de atenção à saúde para a abordagem de DCNT inclui o fortalecimento da atenção básica, articulando os demais níveis de atenção e as redes de serviços.

Linha de Cuidado de DCNT: Abordagem integral das DCNT, inclui atuação em todos os níveis (promoção, prevenção e cuidado integral), articulando ações da linha do cuidado no campo da macro e da micropolítica. No campo da macropolítica, situam-se ações regulatórias, articulações intersetoriais e organização da rede de serviços; na micropolítica, atuação da equipe na linha do cuidado, vinculação e responsabilização do cuidador e no fomento ao protagonismo e autonomia do usuário (MALTA; MEHRY, 2010).

Modelos de Atenção aos Portadores de Doenças Crônicas: O modelo de cuidado direcionado às doenças crônicas tem componentes no suporte ao autogerenciamento (aconselhamento, educação e informação), ao sistema de saúde (equipes multidisciplinares), à decisão (*guidelines* baseados em evidências, treinamento dos profissionais) e ao sistema de informação clínico (informações do portador). Os pontos centrais desse modelo são: a produção de informações entre os serviços, a avaliação de portadores, o autogerenciamento, a otimização das terapias e o seguimento. Veja a figura a seguir.

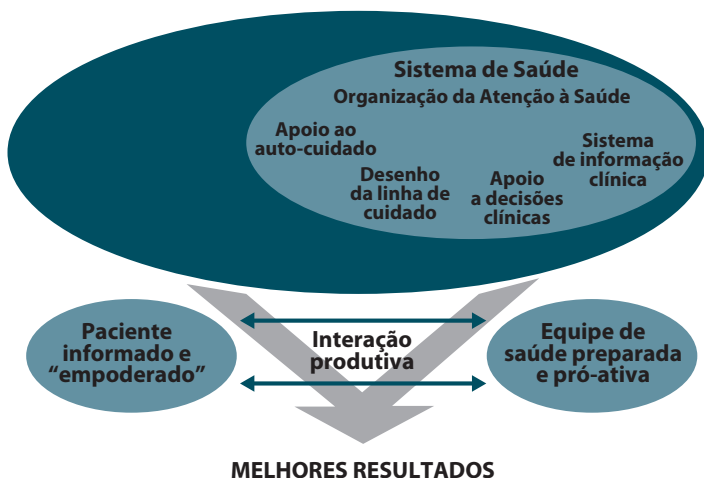


Figura 1 – Abordagem integral da linha de cuidado em doenças crônicas
 Fonte: Noite e McKee (2008, apud BRASIL, 2011).

Atuar em todo o Ciclo Vital: A abordagem de DCNT estende-se por todo o ciclo da vida. As ações de promoção da saúde e prevenção de DCNT iniciam-se durante a gravidez, promovendo os cuidados pré-natais e a nutrição adequada, passam pelo estímulo ao aleitamento materno, pela proteção à infância e à adolescência quanto à exposição aos fatores de risco (álcool, tabaco) e quanto ao estímulo aos fatores protetores (alimentação equilibrada, prática de atividade física) e persistem na fase adulta e durante todo o curso da vida. Veja a figura a seguir.

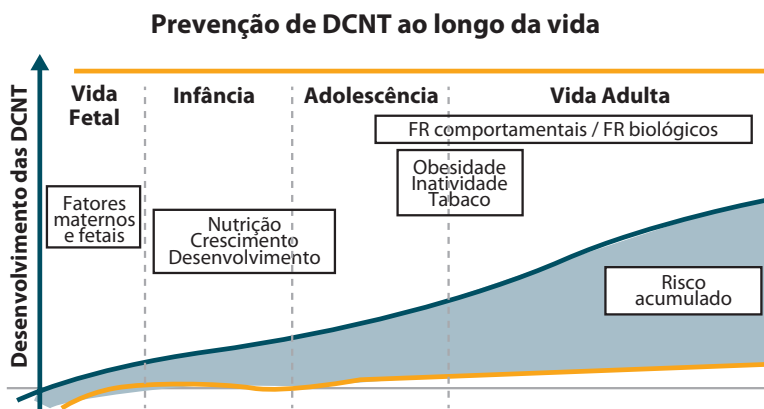


Figura 2 – Benefícios na atuação sobre fatores ambientais e comportamento saudável ao longo do ciclo de vida
 Fonte: WHO, 2003 (apud BRASIL, 2011).

Em virtude da relação existente entre o processo saúde-doença e os aspectos de cunho social e histórico envolvidos, é importante que a equipe de saúde compreenda o usuário como parte da sociedade. Ele influencia e é influenciado por ela no cuidado de sua própria saúde, como também nas diferentes concepções que possui desta.

Esta unidade pretende oferecer uma base conceitual que o auxilie na compreensão da importância desses aspectos no tratamento das principais doenças crônicas que assolam atualmente nossa sociedade: a hipertensão arterial, o *Diabetes mellitus*, as doenças respiratórias e as lesões neurológicas.

2.3 Rastreamento de doenças crônicas mais comuns em Atenção Básica

O cuidado com a vida humana revela significados, comportamentos e expressões de acordo com a cultura e o momento histórico e social vivido. Assim, há de se problematizar eventos, fatos, transformações que ocorreram com a passagem dos anos e recapturar a noção de que o diálogo entre o profissional, o usuário e a família é essencial para a incorporação de novas práticas, saberes e tecnologias (MAIA; VAGHETTI, 2008).

Sem perder de vista que os profissionais são responsáveis pela condução da relação dialógica entre eles e o usuário dos seus serviços, ambos desenvolvem potenciais e habilidades com a aceitação da ambiguidade, da discrepância entre as situações e o uso de tecnologias. O serviço de saúde usa a tecnologia quando alia vários conhecimentos científicos com o objetivo de encontrar a solução para um problema ou situação vivida na prática, isto ocorre no encontro entre ele, o usuário e sua família (SOUZA, 2005).

Diante dessas observações, é possível reconhecer que o cuidado às pessoas com doenças crônicas exige do profissional mais do que conhecimentos sobre os aspectos biomédicos, exige também compreensão sobre como a doença crônica afeta a vida das pessoas, de suas famílias e das comunidades. Nessa perspectiva, a relação dialógica entre profissionais da saúde e pessoas com doenças crônicas, na qual ambos, contínua e dinamicamente, compartilham o momento vivido, torna-se uma referência.

Você sabia que há algumas décadas as doenças do aparelho circulatório são a primeira causa de morte no Brasil e por esta razão representam um importante problema de saúde pública? Que estas doenças geram um custo aproximado de 475 milhões de reais, não incluindo as despesas com procedimentos de alta complexidade? Você e sua equipe já realizaram um diagnóstico sobre a realidade da população adscrita e as doenças crônicas que mais afetam os usuários? Conseguiram planejar ações que contribuam com a assistência às necessidades desses usuários? Quais são as necessidades que estes usuários indicam e que alternativas eles sugerem? Converse com sua equipe, chame o NASF para esta discussão, a interdisciplinaridade pode contribuir sobremaneira frente a estes problemas tão complexos.



Leitura Complementar

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. **Sishiperdia**. Disponível em: <<http://hiperdia.datasus.gov.br/>>.

A hipertensão arterial e o *Diabetes mellitus* constituem-se nos principais fatores de risco para as doenças do aparelho circulatório. As complicações mais frequentes decorrentes destes agravos são: o infarto agudo do miocárdio, o acidente vascular cerebral, a insuficiência renal crônica, a insuficiência cardíaca, as amputações de pés e pernas, a cegueira definitiva, os abortos e as mortes perinatais. De janeiro a dezembro de 2008, foram identificadas 270 pessoas com *Diabetes mellitus*, 2.758 com hipertensão arterial e 831 pessoas convivendo com ambos os agravos simultaneamente (BRASIL, 2009).

Com o propósito de identificar precocemente os casos, o Ministério da Saúde brasileiro criou mecanismos para acompanhar e controlar a hipertensão arterial e o *Diabetes mellitus* no âmbito da atenção básica e, desta forma, reduzir o número de internações hospitalares e a mortalidade em decorrência destes agravos. Neste sentido, assumiu o compromisso de executar ações em parceria com estados e municípios; com a Sociedade Brasileira de Cardiologia, Hipertensão, Nefrologia e Diabetes; com as Federações Nacionais de Portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes e; com o Conselho Nacional de Secretários da Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) para apoiar a reorganização da rede de saúde, para a melhoria da atenção às pessoas com estes agravos, por meio do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao *Diabetes mellitus*.

Uma das ações propostas pelo Ministério da Saúde para o acompanhamento e controle da hipertensão e do *Diabetes mellitus* foi a disponibilização de um sistema informatizado para o cadastramento de pessoas com estes agravos. Esta ação visa, a médio prazo, estabelecer o perfil epidemiológico desta população e desencadear estratégias de saúde coletiva com vistas à mudança do quadro atual, propondo melhoria na qualidade de vida das pessoas e de seus familiares, assim como, a diminuição do custo social.

Você sabe onde encontrar informações confiáveis sobre o rastreamento?

Em 1976, no Canadá, e em 1984, nos Estados Unidos, foram criadas forças-tarefas para avaliar procedimentos utilizados na detecção de doenças em indivíduos assintomáticos. As avaliações destes dois grupos basearam-se sobretudo na análise cuidadosa dos estudos mais pertinentes a cada procedimento publicados na literatura científica da época.

Em relação à Saúde do Adulto, preconizam-se atualmente as seguintes recomendações:

Hipertensão Arterial Sistêmica: O rastreamento da HAS, por meio da aferição da pressão arterial, em indivíduos acima de 18 anos.

Dislipidemia: O rastreamento da dislipidemia, por meio da dosagem sérica dos níveis de colesterol, é recomendado para homens acima de 35 anos e mulheres acima de 45 anos. O intervalo de rastreamento ainda é incerto. Homens com fatores de risco como diabetes, uso de tabaco, obesidade, história familiar de doença arterial coronariana antes dos 50 anos ou história pessoal de aterosclerose devem ser rastreados para dislipidemia a partir dos 20 anos.

Diabetes mellitus Tipo II: Recomenda-se o rastreamento do *Diabetes mellitus* tipo II por meio da dosagem sérica de glicose em indivíduos com aumento dos níveis pressóricos acima de 135/80.

Neoplasia de Cólon: O rastreamento da neoplasia de cólon é recomendado por meio da pesquisa de sangue oculto nas fezes, sigmoidoscopia ou colonoscopia, deve-se iniciar dos 50 anos até os 75 anos de idade. A frequência de rastreamento é anual para pesquisa de sangue oculto nas fezes, a cada 5 anos para sigmoidoscopia e a cada 10 anos para a colonoscopia.

Uso de Tabaco: O rastreamento sobre o uso de tabaco é recomendado para os adultos e gestantes. Deve ser questionado o uso de tabaco em todo o encontro com estes usuários e eles devem ser encorajados a cessarem o tabagismo.

Abuso de Álcool: É recomendado o rastreamento do uso abusivo de álcool e o aconselhamento sobre o abandono do uso nos encontros com a população adulta. Pode-se usar o questionário de CAGE, nomenclatura derivada das questões: *Cut down*, *Annoyed by criticism*, *Guilty* e *Eye-opener*, que é utilizado para rastreamento de transtornos de uso de álcool em pronto-socorro.



Leitura Complementar

Para maiores informações sobre o uso do questionário CAGE, acesse:
<<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v47n1/a32v47n1.pdf>>.

Não há evidências suficientes para recomendar a inclusão ou exclusão dos seguintes procedimentos como rastreamento: autoexame para câncer de mama e de pele; exame por profissional de saúde para câncer de pele e oral, e toque retal para câncer de reto. Em relação à ultrassonografia de abdômen para câncer de ovário, R-X de tórax para câncer de pulmão, dosagem sorológica de PSA (antígeno prostático específico) e ultrassonografia transretal para câncer de próstata, as evidências indicam a não inclusão em rastreamentos.

Como vimos acima, são poucas as doenças que hoje têm indicação de rastreamento. Mas, apesar disto, é crescente a procura por exames ou *check up* pelos indivíduos assintomáticos. Esta prática acontece impulsionada pela mídia, que dissemina informações não científicas nos meios de comunicação de massa e por alguns profissionais não estudiosos do tema. Assim, é importante compreendermos que quando propomos o rastreamento sem evidência científica, além de não obtermos benefícios para o indivíduo, podemos submetê-lo a procedimentos desnecessários e até mesmo deletérios. Devemos sempre buscar maior clareza sobre os benefícios e riscos do rastreamento.

2.4 Desenvolvendo a habilidade de comunicação com o usuário

O trabalho do médico na atenção básica, em especial na ESF, tem como características a longitudinalidade, o vínculo, a coordenação compartilhada do cuidado e a corresponsabilização entre os profissionais e a comunidade. Quanto mais tempo ele estiver na comunidade, mais conhecerá os usuários. Certamente muitos de vocês já fizeram o pré-natal e seguem acompanhando a criança ao longo dos anos, não é? Os usuários, também ao longo do tempo, vão identificar o médico como uma das referências na atenção à saúde.

Neste sentido, é importante que o médico tenha habilidades de comunicação e de estabelecer uma boa relação médico-usuário. Mas o que caracteriza uma boa relação médico-usuário?

Neste momento, você pode se perguntar: o que é uma boa relação médico-usuário?
O que define e estabelece esta relação?

Considera-se uma boa relação médico-usuário aquela que é centrada na pessoa e não na doença.

Os usuários que procuram o atendimento médico são pais, mães, avôs, avós ou filhos. Eles estabelecem relações, desenvolvem atividades e possuem uma organização familiar que pode ou não ser considerada ideal pelo profissional que os atende. O contexto de cada família ou indivíduo envolve amigos, religião, trabalho e recursos de saúde. Entender tal contexto permite que o médico de família não veja o problema de saúde de forma isolada.

Para explicar como desenvolver uma boa relação médico-usuário, vamos apresentar um caso fictício, acompanhe:

Uma mulher de 68 anos, moradora do bairro e usuária da Unidade de Saúde, chega ao serviço em um final de tarde tumultuado. Ela recebe acolhimento da enfermeira da unidade e, neste momento, relata dificuldade para dormir. Diz ainda que, para sentir-se melhor, necessita levantar e ir até uma janela aberta. A enfermeira, então, verifica os sinais vitais e encontra os seguintes dados:

PA: 140/90mmHg, FC: 78 bpm e FR: 18 mrm.

Como a mulher estava tensa, a equipe procura tranquilizá-la e, por solicitação da enfermeira, a usuária é examinada pelo médico, que a escuta e sugere que ela retorne em outro dia para uma consulta mais detalhada.

No retorno à Unidade, ela apresentava os mesmos sinais vitais e relatou uma história de desconforto abdominal e aumento dos movimentos peristálticos abdominais noturnos. Ela referiu que ficava tensa durante a noite e permanecia acordada por horas, o que fazia com que ela piorasse a ponto de sentir-se sufocada, indo então até a janela. Tinha medo de que fosse câncer. Seu prontuário trazia os registros de mastectomia por câncer e colecistectomia realizadas há a cerca de 20 anos. A mulher era viúva e morava sozinha num imóvel alugado. Queixou-se do valor do aluguel, que havia sido reajustado, pois julgava que o proprietário havia sido “desonesto” e “insensível”. Tinha 2 filhos, um homem e uma mulher, que em breve viriam morar no mesmo bairro.

Durante o exame físico, mantinha frêmito tóraco vocal. À ausculta, foram detectados poucos ruídos sibilantes. O exame do abdômen demonstrou que este estava flácido e com ausência de outros problemas. Assim, o médico conversou acerca de ansiedade e distúrbios de ansiedade e sugeriu que o caso fosse acompanhado no domicílio pela equipe de saúde, inicialmente sem o uso de medicação.

O caso acima é uma boa ilustração de como a abordagem centrada na pessoa pode ser benéfica. Caso não houvesse combinado uma nova consulta em que pudesse escutar com mais tempo e examinar a usuária, provavelmente teria um diagnóstico equivocado. Você reparou que naquele primeiro encontro a usuária não cita as dores abdominais? Será que se o profissional ficasse somente com aquela primeira entrevista, não teria pedido exames desnecessários? Mas como fazer uma abordagem centrada na pessoa dentro de todas as dificuldades que temos na atenção básica?

Existe um método sistematizado chamado de abordagem centrada na pessoa. Este método fornece alguns passos que auxiliam no desenvolvimento de uma boa relação médico-usuário. Ele foi criado para contribuir com as expectativas tanto dos médicos como das pessoas atendidas. Confira um pouco da história da abordagem centrada na pessoa:

A partir de 1964, para contrastar com a chamada “medicina centrada na doença”, Balint et al. (2005) introduziram o tema “medicina centrada no paciente”. Por meio de grupos com médicos de família ingleses, eles exploravam os casos mais difíceis e as respostas efetivas dos médicos a estes. Naquela época, a ideia de que o médico deveria estar atento aos seus sentimentos e também aos de seus pacientes era revolucionária.

Em 1968, o Departamento de Medicina de Família da Universidade de Western Ontário no Canadá, sob a coordenação do professor Ian McWhinney, iniciou vários estudos sobre a relação médico-paciente. O trabalho esclarecendo a verdadeira razão de a pessoa procurar o médico foi o estágio inicial para explorar a amplitude dos problemas das pessoas. Em 1981, Joseph Levenstein, médico e professor na África do Sul, estava como professor visitante de medicina de família na mesma Universidade e compartilhou com o grupo a sistematização do método de abordagem centrada na pessoa.

Você deve estar se perguntando: Mas do que se trata este método? Ele consiste em alguns passos que auxiliam no desenvolvimento de uma boa relação médico-usuário.

São eles:

Explorando a experiência com a enfermidade e com a doença: consiste em acessar as duas contextualizações do estar doente: doença e enfermidade. Esta experiência se compõe em acessar o estar doente, através da anamnese e do exame físico, e tentar perceber a compreensão e o sentimento da pessoa sobre a experiência do adoecimento (enfermidade). Os sentimentos sobre estar doente, a ideia da pessoa a respeito do adoecimento e como isto impacta em sua atividade diária, além das expectativas em relação ao médico tornam-se fatores importantes neste contexto.

Entendendo a pessoa como um ser integral: é a compreensão da pessoa no seu contexto sociocultural, levando em conta os seus múltiplos aspectos, tais como personalidade, ciclo de vida, família, comunidade, trabalho, religião, dentre outros.

Buscando um projeto comum ao médico e à pessoa para manejar problemas: é o estabelecimento de um plano comum de atenção e cuidado negociado entre médico e usuário: definindo o problema, estabelecendo metas de acompanhamento e tratamento e identificando os papéis assumidos pelo médico e pela pessoa atendida.

Incorporando prevenção e promoção da saúde: oportunizar em cada encontro aspectos de promoção da saúde e de prevenção da doença.

Intensificando a relação médico-usuário: aproveitar cada encontro com a pessoa para construir e desenvolver a relação médico-usuário e suas dimensões de compaixão, empatia, verdade e divisão de responsabilidades.

Sendo realista: usar o tempo e a energia eficientemente, não tendo expectativas além das possibilidades. Desenvolver habilidades para definir prioridades, alocação de recursos e trabalho em equipe.

O método clínico centrado na pessoa traz uma nova abordagem que considera o **paciente**² como sujeito. Assim, passa-se de uma postura paternalista, em que o médico sabe o que é bom, para um novo modelo de empoderamento da pessoa e não de um paciente.

2 O termo paciente indica que a pessoa é passiva e, portanto, espera por uma conduta advinda unilateralmente do médico ou do profissional de saúde.

O tempo pode ser um limitante de aplicações desta metodologia. O médico de família deve se valer de longitudinalidade, de repetição dos encontros e, por vezes, priorizar alguma das etapas do método.

Para refletir

Em uma comunidade em que a maior parte dos homens adultos trabalha na indústria carbonífera, os profissionais da saúde enfrentam a dura realidade de acompanhar diversos usuários (trabalhadores e moradores próximos às indústrias) com problemas respiratórios graves, como enfisema pulmonar e bronquite. Preocupados com esta realidade e desejando reduzir o número de casos, levam esta situação para discussão com os profissionais do NASF. Os profissionais que atuam naquele NASF, em especial o médico acupunturista, o médico do trabalho, o farmacêutico, o fisioterapeuta, o assistente social e o médico internista (clínica médica), propõem um Projeto de Saúde no Território (PST), com a incorporação de ações educativas para a comunidade de forma articulada com a Secretaria de Segurança Ambiental e Secretaria de Vigilância Sanitária. Elaborada a proposta, ela é debatida no Conselho Local de Saúde a fim de discutir com a comunidade o problema percebido pela equipe, para conhecer o entendimento da população sobre a situação, o estabelecimento de prioridades em saúde daquele território e a aceitação, por parte da comunidade, do PST proposto, suas contribuições, modificações e pactuações.

Na sua comunidade, qual o principal problema de saúde da população adulta? Hipertensão arterial sistêmica? *Diabetes mellitus*? Doenças respiratórias? Você e sua equipe já conversaram sobre qual a prioridade no território onde atua? E sobre a possibilidade de articular ações com os profissionais do NASF ou outros setores? Reflita, discuta, identifique as necessidades regionais e possibilidades de atuação com sua equipe.

SÍNTESE DA UNIDADE

Vimos como aprimorar a habilidade de comunicação com o usuário na relação médico-usuário e discutimos a abordagem centrada na pessoa e não na doença, apresentando no método sistematizado chamado de Abordagem Centrada na Pessoa. Esse método fornece alguns passos que auxiliam no desenvolvimento de uma boa relação médico-usuário/cidadão. Na prática diária, além de considerar a longitudinalidade e a limitação espacial da abrangência de área, as equipes de saúde devem assumir como conduta ações de promoção da saúde e de prevenção de doenças. Uma das formas mais eficazes é a utilização do rastreamento ou *screening* populacional visando à descoberta de alterações antes que apareçam os sintomas do agravamento do quadro ou da procura pelo serviço de saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. **Sishiperdia**. 2009. Disponível em: <<http://hiperdia.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 17 ago. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

LOTUFO, P. A.; BENSEÑOR, I. M. Stroke mortality in Brazil: one example of delayed epidemiological cardiovascular transition. **International Journal of Stroke**, v. 4, n. 1, p. 40-41, 2009.

MAIA, A. R.; VAGHETI, H. H. O cuidado humano revelado como acontecimento histórico e filosófico. In: SOUZA, F. G. M. de; KOERICH, M. S. (org.). **Cuidar-cuidado: reflexões contemporâneas**. Florianópolis: Papa-Livro, 2008.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface**, Botucatu, v. 14, p. 593-605, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/2010nahead/aop0510.pdf>>. Acesso em: 08 jun. 2012.

PADILHA, M. I. C. de S.; SILVA, D. M. G.; BORENSTEIN, M. S. Enfermagem ambulatorial: o cliente em situação crônica da saúde. In: SANTOS, I. dos et al. **Enfermagem assistencial no ambiente hospitalar: realidade, questões, soluções**. São Paulo: Atheneu, 2004. p. 159-178.

SOUZA, L. N. A. de. **Perspectivas do agir comunicativo implícitas no discurso da enfermagem**. 2005. 311 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

WHO. **Global strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases**. Geneva: World Health Organization, 2000.

WHO. **Global status report on noncommunicable diseases 2010**. Geneva: World Health Organization, 2011.

WOODCOCK, J. et al. Energy and transport. **Lancet**, v. 370, n. 9592, p. 1078-1088; 2007.

Atenção Integral à Saúde do Adulto
Medicina

Unidade 3



3 PRINCIPAIS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

Na atualidade, existe uma alta prevalência de problemas crônicos na população adulta brasileira e é na atenção básica à saúde que grande parte destes problemas serão acompanhados. As doenças crônicas se caracterizam por sua longa evolução e necessidade de acompanhamento sistemático por toda a equipe de saúde. Selecionamos as doenças mais frequentes no dia a dia do médico da equipe de atenção básica e também vamos ilustrar a discussão por meio de casos clínicos.

3.1 Hipertensão Arterial Sistêmica

A Hipertensão Arterial (HA) pode ser definida como a elevação intermitente ou sustentada da pressão arterial sistólica superior a 140 mmHg ou mais, ou pressão diastólica maior que 90 mmHg, sendo que a prevalência na população urbana adulta brasileira pode variar entre 22,3% e 43,0% (BRASIL, 2006a).

A medida da hipertensão arterial de um indivíduo é definida com base na média de duas ou mais mensurações dos valores de sua pressão arterial verificados em um ou mais encontros deste com o profissional da saúde depois de uma triagem inicial (SMELTZER; BARE, 2005).

A etiologia da hipertensão arterial essencial é complexa e envolve vários mecanismos homeostáticos em interação. Existem dois tipos de hipertensão arterial: a essencial (também chamada primária ou idiopática) e a secundária. Esta última está relacionada a uma doença sistêmica que eleva a resistência arterial periférica ou o débito cardíaco. A partir destas duas situações, pode surgir a hipertensão arterial maligna, forma grave e fulminante do distúrbio de regulação da pressão arterial (CORPORATION, 2003).

A pressão arterial pode ser visualizada como um sinal, como um fator de risco para a doença cardiovascular aterosclerótica, ou como uma doença. Como um sinal porque ela monitora o estado clínico de uma pessoa e pode, por exemplo, indicar o uso excessivo de um medicamento vasoconstritor. É visualizada como fator de risco quando ela demonstra que ocorre um acúmulo acelerado de placa aterosclerótica na íntima das artérias. E quando é vista como doença é porque tem papel decisivo na morte por doença cardíaca, renal e vascular periférica (AMBROSE et al, 2005).

O Ministério da Saúde, por meio dos Cadernos de Atenção Básica, fortalece as ações para a promoção da saúde desenvolvidas em nosso país. Eles são distribuídos gratuitamente, podem ser acessados *online*, no Portal de Saúde do MS, e contêm informações que auxiliam à implementação do modelo assistencial de atenção à saúde na atenção básica, valorizando as práticas de saúde.



Leitura Complementar

Acessando o *site* do Ministério da Saúde você terá acesso a diversos conteúdos de orientação e atenção aos usuários com doenças crônicas, como hipertensão arterial, *Diabetes mellitus*, doenças respiratórias, dentre outras. Em **Cadernos da Atenção Básica**, disponível em: <http://dab.saude.gov.br/caderno_ab.php>.

3.1.1 Fatores de risco para a hipertensão arterial

Alguns fatores de risco devem ser investigados e avaliados minuciosamente a fim de promover a atenção integral à pessoa com hipertensão arterial, tais como: história familiar, etnia, estresse, obesidade, dieta rica em sal e gordura, uso de contraceptivos orais, uso de tabaco e vida sedentária participam do desencadeamento da HA.

O excesso de peso e, especialmente, a obesidade abdominal correlacionam-se com a maioria dos fatores de risco cardiovascular, destacando-se como importantes fatores de desencadeamento da hipertensão arterial (CARNEIRO et al., 2003). Esta ocorrência tem sido atribuída à presença de hiperinsulinemia, a qual surge como resistência à insulina, presente em indivíduos obesos, principalmente naqueles que apresentam excesso de gordura na região do tronco. O Índice de Massa Corpórea (IMC) e a Circunferência Abdominal (CA) quando aumentados elevam o risco de o indivíduo vir a apresentar agravos cardiovasculares, pelo fato de que existe uma forte associação entre tais fatores de risco (SARNO; MONTEIRO, 2007).

A cronicidade da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a sua associação à obesidade e à circunferência abdominal (em especial a visceral) e o grande impacto no perfil de morbimortalidade na população brasileira mostram a necessidade de garantia de acompanhamento sistemático dos indivíduos com HAS, assim como o desenvolvimento de ações referentes à promoção de saúde e à prevenção de doenças (SMELTZER; BARE, 2005).

Cabe destacar as seguintes características e medidas de combate referentes à hipertensão arterial:

- Não tem cura, mas é possível controlá-la com a adoção de uma dieta equilibrada associada à prática de atividade física e ao uso de fármacos;
- A mudança da dieta e a adoção de práticas de atividade física são indicadas como primeiras medidas terapêuticas. Tais medidas apresentam resultados positivos na fase inicial do tratamento e para os casos considerados leves;

- Suas complicações tardias poderão ser: acidente cerebrovascular, crises isquêmicas cerebrais transitórias, cegueira, infarto agudo do miocárdio, proteinúria, edema e insuficiência renal;
- O processo de envelhecimento provoca alterações estruturais no sistema cardiovascular que contribuem para o aumento da pressão arterial (SMELTZER; BARE, 2005).

As referidas alterações estruturais citadas acima incluem acúmulo da placa aterosclerótica, fragmentação das elastinas arteriais, depósitos aumentados de colágeno e vasodilatação prejudicada, resultando na diminuição da elasticidade dos grandes vasos. A aorta e os grandes vasos perdem sua capacidade em acomodar o débito cardíaco, assim a hipertensão arterial sistólica isolada é mais comum em idosos (SMELTZER; BARE, 2005).

3.1.2 Tratamento da hipertensão arterial

Após a confirmação diagnóstica da hipertensão, é necessário fazer uma estratificação de risco que levará em conta os valores pressóricos, a presença de lesões em órgãos-alvo dessa enfermidade e o risco cardiovascular estimado. Existe, com base nestes aspectos, a classificação em três graus distintos, chamada de classificação do risco cardiovascular global individual das pessoas em função do escore de risco de Framingham³ e da presença de lesão em órgãos-alvo.

3 Escore de risco de Framingham é a ferramenta usada para calcular os fatores de risco de doença coronariana, ou seja, o risco de infarto e morte devido à doença coronariana – subsequente ao período de dez anos. Para isso, considera a idade, o colesterol, o colesterol HDL, a pressão arterial sistólica, o tratamento para hipertensão e o fumo.

Seguindo tal classificação, você poderá verificar que existem duas abordagens terapêuticas para a hipertensão arterial: o tratamento que tem por base mudanças nos hábitos de vida (incentivo às atividades físicas, alimentação saudável, perda de peso, dentre outras ações) e o tratamento medicamentoso.

O cuidado realizado pela equipe deve focar, sobretudo, a mudança nos hábitos de vida do indivíduo, identificando as necessidades e pactuando ações no processo de coparticipação no cuidado. A interação entre o médico e o indivíduo com Hipertensão Arterial e a sua família é o ponto-chave para que o plano terapêutico seja seguido. Pode parecer irracional um plano terapêutico que modifique hábitos de vida, especialmente quando não estão presentes sinais e sintomas ou quando aparecem os efeitos colaterais dos medicamentos. Assim, o profissional de saúde deve encorajar permanentemente estas pessoas a manterem o tratamento e estabelecer em conjunto um plano aceitável de metas que as ajudem a conviver com a hipertensão arterial.

Nas ações de saúde comunitárias que envolvam, dentre outras coisas, a verificação da pressão arterial, são recomendadas as seguintes medidas: verificar a calibragem dos manômetros, empregar a técnica adequada e destinar tempo suficiente para o esclarecimento às pessoas sobre os significados dos valores da pressão arterial.

Estamos até agora falando sobre o diagnóstico de hipertensão arterial sem complicações. Sabemos, no entanto, que nem sempre este diagnóstico é feito precocemente. Geralmente ele acontece quando já existe prejuízo das funções orgânicas, ou seja, quando algum órgão-alvo já foi atingindo. Diante disto, a educação para a saúde também é considerada uma importante ação da equipe de saúde, uma vez que auxilia a pessoa com hipertensão arterial e sua família na compreensão do significado de uma condição crônica de saúde e da necessidade de modificar hábitos e estilos de vida.

Dessa maneira, os objetivos da educação em saúde são: ajudar as pessoas a descobrirem formas de estabelecer qualidade de vida e bem-estar, mesmo convivendo com uma doença crônica; contribuir para a redução da reinternação hospitalar decorrente da cronicidade da doença e minimizar as complicações provocadas pela doença crônica com o passar do tempo. Uma das estratégias para desenvolver ações em saúde é a formação de grupos para pessoas com doença crônica, sejam terapêuticos ou de convivência. Nestes espaços, é possível compartilhar saberes e experiências, formar redes de suporte social, ampliar criativamente as formas de conviver com a doença crônica, dentre outras (PADILHA; SILVA; BORENSTEIN, 2004). Antes de iniciar a divulgação de algumas destas estratégias, é importante considerar a vontade dos usuários de aderirem ao grupo, ou que outras sugestões alternativas eles têm para aprimorar a atenção à saúde. Tenha o cuidado de não rotular uma população, escolham juntos o nome que darão ao grupo, a metodologia dos encontros, os temas abordados e isso favorecerá a coesão do grupo e sua caracterização.



Leitura Complementar

Para compreender o tratamento indicado para cada tipo de Hipertensão Arterial e de que forma os profissionais da saúde podem conjuntamente decidir as ações terapêuticas para o seu controle, acesse:

IV DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. Arquivo Brasileiro de Cardiologia, São Paulo, v. 82, s. 4, mar. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2004001000004&script=sci_arttext>.

3.1.3 Abordagem clínica ao usuário com hipertensão arterial

O **PROGRAB**⁴ é um instrumento útil para o planejamento das ações na atenção básica. Para ajudar neste planejamento, é muito importante que a equipe já tenha tido contato com esta ferramenta, que irá permitir, a partir do número de pessoas da área, a programação da quantidade de ações que a equipe pode executar.

4 Prograb – Essa ferramenta vai permitir, a partir do número de pessoas da área, a programação da quantidade de ações que a equipe pode executar.

Como a ferramenta é flexível, pode-se, a qualquer momento, dependendo da organização do processo de trabalho da equipe, aumentar ou diminuir a cobertura sugerida e ainda entrar com números de forma direta, em vez de entrar com faixas populacionais.

Outro ponto que pode ser trabalhado com esta ferramenta é o protocolo de exames complementares. O programa permite calcular o número de exames necessários anualmente para a população de uma área específica, facilitando a programação da equipe sobre a quantidade de exames necessários. Além disso, este recurso possibilita o planejamento de outras ações, como por exemplo, a partir da identificação de um percentual elevado de solicitação de exames (acima do esperado), o estabelecimento de meios para sua redução.

Que tal já na próxima reunião de equipe com todos os seus membros iniciar uma discussão sobre os pontos que trabalhamos até agora? Discuta em equipe sobre a implantação do Prograb e quais são as informações necessárias para sua utilização, caso esse processo ainda não tenha sido iniciado. Além disso, é aconselhável que a equipe reveja as ações relacionadas a pessoas com hipertensão arterial.

Ao manipular a ferramenta, você perceberá que uma das sugestões é justamente diferenciar os usuários em estágio I de hipertensão dos com estágios II e III. Além do estágio da hipertensão, é de fundamental importância classificar o risco de desenvolver algum evento cardiovascular.

Para que planejamento e acompanhamento sistemático dos usuários com hipertensão arterial sistêmica sejam aprimorados, sugere-se que você passe a acrescentar no prontuário de todo indivíduo o grupo de risco/categoria segundo o escore de Framingham, e o estágio de hipertensão atual, podendo acrescentá-los inclusive, no início do prontuário, permitindo uma melhor visualização por todos os membros da equipe.

A reunião proposta com a equipe, que envolvia fornecer informações sobre a população ao PROGRAB, foi realizada? Como foi? A partir desta conversa inicial já é possível ter uma noção maior sobre como anda o acompanhamento das pessoas com hipertensão na sua área. Certamente outras coisas devem ter sido discutidas na reunião, como o funcionamento dos grupos, problemas de reterritorialização, etc. Se o planejamento estiver indo bem, melhor, mas caso contrário, não se preocupe, vamos aos poucos discutindo com você meios de organizar todo o serviço em equipe. Após esta etapa, que pode se estender por alguns meses, será necessária a sistematização de tais informações, e você junto à equipe deverão planejar como oferecer uma atenção à saúde diferenciada às pessoas com maior risco.

Outros fatores podem ser considerados na organização da atenção à saúde destes usuários, tais como: adesão e resposta ao tratamento, presença de fatores de risco associados, grau de instrução e autonomia. É importante planejar um prazo para a execução de cada uma destas etapas, para que a equipe esteja organizada para o desenvolvimento das ações.

Vamos ilustrar a abordagem clínica ao usuário portador de hipertensão com o caso a seguir. Logo após, disponibilizaremos informações-chave sobre hipertensão. Essas informações devem ser norteadoras para a atenção às pessoas com hipertensão de sua área de abrangência.

L. S. V., 62 anos, vem à consulta acompanhado de sua filha, que está preocupada com o aumento da pressão arterial do pai. Ele aferiu a PA aleatoriamente por 2 vezes e foi aconselhado a procurar o médico de família. Diz que não procurava atendimento médico desde sua adolescência. Não tem nenhuma outra queixa ou sintoma. Trabalha na construção civil e está planejando se aposentar em 3 anos. Não usa nenhum medicamento ou chá. Apresenta como antecedente familiar o falecimento do pai aos 53 anos por Infarto Agudo do Miocárdio. Ao exame físico, apresenta IMC de 31,6 kg/m², PA: 164/78 mmHg repetida após 10 minutos e foi de 162/76 mmHg. Sem outras alterações no exame físico. Neste primeiro momento, ele é orientado a realizar mudanças no estilo de vida, tais como: início de atividade física e orientação dietética com o objetivo de perda de peso. Além disto, também foi orientado a fazer controle com registro da PA. Após 60 dias, L. S. V retorna para reavaliação, um pouco contrariado em ter de retornar ao médico, pois diz sentir-se bem. O controle da PAS variou e de 148 a 176 e PAD entre 64 e 88 mmHg. Foi então estabelecido o diagnóstico de Hipertensão arterial estágio 2. A necessidade de exames complementares (laboratório e ECG) e as opções de tratamento foram discutidas com L. S. V e ele mostrou-se resistente em iniciar o tratamento medicamentoso, preferindo, neste momento, investir em atividade física e mudança alimentar com perda de peso. Foi programado um retorno em 1 mês com exames e registro da PA.

3.1.4 Chaves na abordagem ao indivíduo com hipertensão arterial

Um dos componentes mais importantes no diagnóstico e no manejo da Hipertensão Arterial é a correta aferição da PA, descrita na página 11 do Caderno de Atenção Básica, n.º 15 (BRASIL, 2006a).

- A Classificação da Hipertensão Arterial é baseada no *Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure* que classifica:

Normal PAS < 120 ou PAD < 80;

Pré-Hipertensão PAS 120-139 ou PAD 80-89;

Estágio 1 PAS 140-159 ou PAD 90-99;

Estágio 2 PAS >160 ou PAD >100.

- Uma vez que o usuário foi diagnosticado com hipertensão, o estilo de vida, o risco cardiovascular (Framingham), outras patologias e lesão em órgão-alvo devem ser identificados;
- O objetivo do tratamento é diminuir a morbidade e a mortalidade por Hipertensão Arterial;

- A meta é atingir níveis pressóricos menores que 140/90 mmHg ou menores que 130/80 mmHg para indivíduos com doença aterosclerótica, doença renal ou diabetes;
- A mudança de estilo de vida⁵ (estímulo à atividade física sistemática, controle do peso, cessação do tabagismo e orientação dietética) deve ser encorajada em todos os indivíduos com hipertensão. A mudança de estilo de vida pode ser oferecida para algumas pessoas por até 6 meses antes de se iniciar a medicação;
- A classe de medicação de primeira escolha para a hipertensão são os diuréticos tiazídicos;
- Os betabloqueadores são preferidos para pessoas com antecedente de IAM ou angina estável;
- Em indivíduos com HAS e risco cardiovascular alto, é recomendado o uso de aspirina profilática (100mg/dia) após controle ideal ou próximo do alvo da pressão arterial (<140/90 mmHg);
- Indivíduos hipertensos com PA bem controlada devem ser avaliados a cada 6 meses, e aqueles com PA ainda sem controle, a cada 3 meses, ou antes, no caso de outras intercorrências.

5 Mudança de estilo de vida – a mudança de estilo de vida pode ser oferecida para algumas pessoas por até seis meses antes de se iniciar a medicação.

3.2 Diabetes mellitus

3.2.1 Algumas considerações e conceitos sobre Diabetes mellitus

O *Diabetes mellitus* (DM) faz parte de um grupo denominado de doenças metabólicas, cujo nível elevado e sustentado de glicose sérica é decorrente de defeitos na secreção ou ação da insulina. O DM pode diferir quanto à causa, evolução clínica e tratamento (SMELTZER; BARE, 2005). A hiperglicemia está associada a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, principalmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos. Pode ser resultado de problemas na secreção ou na ação da insulina, que envolvem destruição das células beta do pâncreas, resistência à ação da insulina, distúrbios da secreção de insulina, dentre outros. Pode ser classificado em:

- Diabetes do tipo 1 (antigamente denominado de *Diabetes mellitus* insulino-dependente);
- Diabetes do tipo 2 (antigamente denominado de *Diabetes mellitus* não insulino-dependente);
- Diabetes gestacional;

- *Diabetes mellitus* associado a outras condições ou síndromes (problemas hormonais ou genéticos, determinadas drogas ou substâncias químicas (CORPORATION, 2003).

Geralmente as pessoas com diabetes tipo 1 relatam sintomas com progressão rápida, enquanto aquelas com diabetes do tipo 2 relatam história familiar de DM, diabetes gestacional, bebês macrossômicos, dentre outros (CORPORATION, 2003).

O *Diabetes mellitus* tipo 2 (DM-2) vem sendo considerado como uma das grandes epidemias mundiais do século XXI. O envelhecimento da população e as novas abordagens terapêuticas em relação a essa doença contribuem para o avanço da epidemia. Há de se destacar que o estilo de vida atual, caracterizado pelo sedentarismo e hábitos alimentares inadequados, além de exposição frequente a situações estressantes, como jornadas triplas de trabalho, transporte público inadequado, baixa remuneração, condições insalubres de vida, poucas horas para o lazer, dentre outros, predispõe ao acúmulo de gordura corporal constituindo-se em elemento essencial para a incidência e prevalência desta doença.



Link

DIABETES na prática clínica. Em formato de livro eletrônico. Disponível em: <<http://www.diabetesebook.org.br/>>. Acesso em: 25 mai. 2012.

Eis alguns dados sobre o aumento dos casos de diabetes no decorrer das décadas:

- O número de pessoas com DM no mundo, em 1985, era de cerca de 30 milhões, passando para 135 milhões em 1995 e 240 milhões em 2005, com potencial de atingir 366 milhões em 2030, dos quais, dois terços habitarão os países em desenvolvimento (WILD, 2004);
- No Brasil, em fins da década de 80, estimou-se que o diabetes ocorria em cerca de 8% da população, de 30 a 69 anos de idade, residente em áreas metropolitanas brasileiras. Hoje, estima-se que ocorre em 11% da população igual ou superior a 40 anos, o que representa quase 5 milhões e meio de pessoas com DM (BRASIL, 2006b).

No entanto, cerca de 50% das pessoas com DM tipo 2 não sabem que são portadoras e algumas vezes o diagnóstico só é realizado quando aparecem as complicações. Os testes de rastreamento desta doença são indicados para pessoas sem sintomas ou outros de seus sinais e seguem os fatores indicativos de maior risco, tais como: idade maior que 45 anos, sobrepeso (IMC maior que 25), obesidade central (cintura abdominal maior que 102 cm para os homens e

maior que 88 cm para as mulheres, esta medida é obtida na altura das cristas ilíacas), antecedente familiar de DM (pai ou mãe), colesterol HDL de 35 mg/dL ou triglicérides de 150 mg/dL, história de macrosomia ou diabetes gestacional, diagnóstico prévio de síndrome de ovários policísticos, doença cardiovascular, cerebrovascular ou vascular periférica definida.

É necessário ressaltar aqui que esta caracterização de risco ainda não está padronizada. A tendência é usar um escore de fatores de risco semelhante aos do risco cardiovascular. Mas os fatores de risco aqui elencados constituem um guia para a ação clínica. Isso não exclui a necessidade de interação com outros profissionais, usuários e ou outros setores da sociedade para buscarem alternativas de prevenção, tratamento e reabilitação desta doença e suas sequelas, presentes em casos mais avançados.

As complicações do DM podem ser classificadas em agudas e crônicas. As agudas são a Cetoacidose Metabólica (CAD) e a Síndrome Não Cetótica Hiperglicêmica Hiperosmolar (SNHH), e se constituem em situações de risco de vida, exigindo intervenção imediata. Já as complicações crônicas atingem o sistema cardiocirculatório, causando doença vascular periférica, doença ocular (retinopatia), doença renal (insuficiência renal crônica), doença de pele (dermopatia diabética) e neuropatia periférica e autônoma (CORPORATION, 2003). O diabetes é também responsável pela morbimortalidade causada por doença cardiovascular, falência renal, amputação de membros inferiores e cegueira.

O DM é uma das prioridades no âmbito da atenção básica em função de suas graves consequências à saúde da população acometida por esta doença. Logo, a identificação de pessoas com alto risco para DM e dos casos não diagnosticados devem direcionar as ações neste nível de atenção a fim de que o tratamento e do controle intensivo sejam prontamente oferecidos, visando prevenir as complicações agudas e crônicas decorrentes desta patologia.

Na evolução do DM, o uso da insulina para o controle glicêmico depende do tipo de diabetes e da sua progressão clínica. Por outro lado, antes do DM ser diagnosticado, alterações na curva glicêmica podem ser observadas.

Faça uma pesquisa sobre os estágios do DM e estabeleça um plano de intervenções que possa atender às pessoas com índices glicêmicos elevados que ainda não possuem critérios clínicos para o diagnóstico médico de DM, ou que previnam complicações, nos casos em que a doença já está instalada. Identifique em sua realidade qual a prevalência de usuários em cada estágio e utilize esses resultados para junto com sua equipe definirem estratégias de ações educativas e preventivas, que possibilitem uma maior aproximação com usuários que necessitam de acompanhamento.

3.2.2 Diagnóstico clínico e laboratorial do *Diabetes mellitus*

São quatro os sintomas clássicos de DM: poliúria, polidipsia, polifagia e perda involuntária de peso, conhecidos como os “4 Ps”. Fadiga, astenia, letargia, prurido cutâneo e vulvar, balanopostite e infecções de repetição são outros sintomas que conduzem à suspeita clínica (CORPORATION, 2003).

Laboratorialmente, o usuário pode fazer os testes de glicemia em jejum, teste oral de tolerância à glicose e glicemia casual para verificar se possui ou não diabetes. Nos casos em que os parâmetros de níveis glicêmicos do indivíduo não estão suficientemente elevados para caracterizar o diagnóstico de DM, mas estão acima do ideal, este usuário faz parte do grupo de pessoas portadores de hiperglicemia intermediária com risco elevado para o desenvolvimento de DM.

3.2.3 Atenção ao usuário com *Diabetes mellitus*

A principal meta do tratamento de DM é normalizar a atividade da insulina e dos níveis de glicose para reduzir o aparecimento de complicações vasculares e neuropáticas.

Para conseguir níveis de glicemia normais (euglicemia) sem causar episódios de hipoglicemia, é preciso observar cinco componentes: tratamento nutricional, exercício físico, monitoração glicêmica, terapia farmacológica e educação para a saúde (SMELTZER; BARE, 2005).

Consideremos que a educação em saúde é imprescindível para que as intervenções da equipe de saúde alcancem as metas propostas.

O tratamento nutricional deve ter como metas:

- Satisfazer as necessidades energéticas;
- Fornecer todos os constituintes alimentares essenciais;
- Alcançar e manter um peso adequado;

- Manter os níveis de glicemia estáveis durante o dia evitando flutuações e reduzindo o risco de complicações;
- Diminuir o nível sérico de lipídios para reduzir o risco de doença cardiovascular.

O exercício físico diminui a glicemia e reduz os fatores de risco cardiovasculares, pois aumenta a captação de glicose pelos músculos, otimiza a utilização de insulina, melhora a circulação sanguínea e o tônus muscular. É necessário, porém, que algumas orientações sejam realizadas, como: usar calçados confortáveis e, se necessário, equipamentos de proteção, evitar se exercitar em calor ou frio extremos ou em períodos de controle metabólico deficiente, inspecionar os pés após o exercício.

O monitoramento dos níveis de glicemia é fundamental para o controle de DM, já que permite o ajuste do regime de tratamento e o controle dos níveis de glicose sanguínea, detecta e previne a hipoglicemia e hiperglicemia reduzindo o aparecimento das complicações em longo prazo. Para o automonitoramento da glicemia, existem vários métodos e muitos envolvem a obtenção de uma gota de sangue a partir de uma punção digital a qual é aplicada a uma fita com reagente especial. O medidor apresenta uma leitura digital do valor da glicose no sangue. A aplicação de pouco ou muito sangue na fita, limpeza e manutenção imprópria do biossensor, dano nas fitas reagentes por exposição ao calor ou umidade e uso de fitas vencidas podem apontar falso resultado (SMELTZER; BARE, 2005).

O tratamento farmacológico visa facilitar a captação da glicose pelo músculo, tecido adiposo e células hepáticas, com a perda da capacidade para produzir insulina no diabetes tipo 1, a insulina exógena deverá ser administrada durante toda a vida; já no diabetes tipo 2, a insulina exógena pode ser necessária com a evolução da doença ou com a falha da terapia nutricional e dos hipoglicemiantes orais.

3.2.4 Complicações do *Diabetes mellitus*

As complicações do DM podem ser classificadas em agudas e crônicas. As complicações agudas estão relacionadas com os desequilíbrios dos níveis de glicose no sangue por um período de tempo curto, são elas: hipoglicemia, cetoacidose diabética e a síndrome não cetótica hiperosmolar hiperglicêmica (HHNS, também chamada de coma não cetônico hiperosmolar hiperglicêmico ou síndrome hiperosmolar hiperglicêmica).

A hipoglicemia, queda da glicemia abaixo de 60 ou 50 mg/dl, acarreta sudorese, tremor, taquicardia, palpitação, incapacidade de concentração, fome, cefaleia, tontura, confusão, lapsos de memória, dormência nos lábios e língua, fala arrastada, comprometimento da coordenação, nervosismo, alterações emocionais, comportamento irracional ou agressivo, visão dupla, sonolência, convulsões, dificuldade em despertar ou perda da consciência (SMELTZER; BARE, 2005).

A cetoacidose metabólica surge quando a quantidade de insulina é inadequada, ausente ou em pequena quantidade, resultando em distúrbios no metabolismo dos carboidratos, proteínas e lipídios, que se manifesta pela hiperglicemia, desidratação, perda de eletrólitos, acidose (SMELTZER; BARE, 2005).

A síndrome não cetótica hiperosmolar hiperglicêmica consiste em uma elevação da glicemia sem a presença de corpos cetônicos. Ocorre pela falta de insulina efetiva (resistência à insulina) e é mais comum nas pessoas com *Diabetes mellitus* tipo 2. Esta hiperglicemia persistente provoca diurese osmótica, resultando em perda de água e eletrólitos. Como mecanismo compensatório da pressão osmótica, a água desloca-se do espaço intracelular para o espaço extracelular. Com a glicosúria e a desidratação, ocorrem a hipernatremia e a osmolaridade aumentada. O principal efeito precipitante é o estresse fisiológico, que pode ser ocasionado por uma infecção, cirurgia, AVC, infarto do miocárdio. A principal diferença entre a HHNS e a cetoacidose metabólica é que na HHNS não há a presença de cetose e acidose, devido à diferença dos níveis de insulina. Na cetoacidose, nenhuma insulina está presente e isso promove a quebra de glicose, proteínas e lipídios armazenados. Na HHNS, a insulina está presente, porém em níveis baixos demais para evitar a hiperglicemia, mas suficientemente alta para evitar a cetoacidose.

As complicações crônicas podem ser classificadas em macroangiopatia e microangiopatia. A macroangiopatia é a aceleração dos processos de aterosclerose das grandes artérias. As principais doenças relacionadas à macroangiopatia são: doença vascular cerebral, coronariopatia, doença vascular periférica. A microangiopatia diabética é o comprometimento da funcionalidade e da integridade dos capilares sanguíneos. As principais patologias relacionadas com as microangiopatias são: retinopatia diabética, nefropatia diabética, neuropatia (SMELTZER; BARE, 2005).

Você sabia que a hipoglicemia nas pessoas idosas pode passar despercebida e, por esta razão, resultar em quedas e até mesmo em fraturas? Nos casos de atenção a idosos com lesões decorrentes de quedas, procure investigar se estes usuários estão fazendo acompanhamento de suas condições de saúde, dentre elas a glicemia.

As pessoas idosas podem não reconhecer os sintomas de hipoglicemia. Sua ocorrência nessa faixa etária pode ser devido à omissão de refeições em virtude de apetite diminuído ou de limitações funcionais. Mas, independente de faixa etária, a desidratação deve ser uma preocupação nas pessoas que apresentam níveis sanguíneos de glicose cronicamente elevados.

O tratamento das complicações do diabetes deve ser o objetivo da equipe de saúde. Assim, a equipe deve estar atenta para oferecer informações e cuidados

que evitem a cegueira e a amputação de membros do indivíduo com diabetes por meio da identificação e do tratamento precoces da retinopatia e das úlceras de pés. Isso pode fazer a diferença em termos de hospitalização e de autonomia para a pessoa com DM.

A duração de DM (superior a 10 anos), idade acima de 40 anos, história de tabagismo, pulsos periféricos diminuídos, sensibilidade diminuída, deformidades anatômicas ou áreas de pressão (joanetes, calos, dedos em martelo), história de úlceras de pé e amputações prévias são fatores de alto risco para o desenvolvimento de infecções nos pés.

Para facilitar o aprendizado, usaremos um caso clínico e depois sintetizaremos as chaves na assistência clínica ao usuário com *Diabetes mellitus* tipo 2.

R. S., 52 anos, mecânico, procura atendimento para *check-up*. Ele é portador de hipertensão arterial sistêmica. Descobriu-se hipertenso há 10 anos e desde então faz uso de Hidroclorotiazida 25 mg diariamente. Queixa-se apenas de fadiga ocasional, o que relaciona ao excesso de trabalho. Nunca foi internado. Seu pai faleceu aos 60 anos de causa desconhecida e sua mãe tem 80 anos e sem nenhuma doença conhecida. Tem um irmão de 49 anos que faz uso de remédio para diabetes. Não fuma. Faz uso de 2 garrafas de cerveja, 1 vez por semana quando assiste ao jogo de futebol. É casado há 30 anos e tem 3 filhos e 6 netos. O usuário não faz exercícios regularmente, mas se mostra motivado a iniciar atividade física.

O exame físico apresenta PA- 140/100 mmHg, IMC-32 kg/m², ausculta cardíaca normal, ausência de edema e os pulsos periféricos são palpáveis facilmente. O restante do exame físico é normal.

O hemoglicoteste realizado no momento da consulta foi de 177mg/dl (usuário estava em jejum). Pela suspeita do diagnóstico de DM tipo 2 foi solicitado glicemia de jejum, TSH e perfil lipídico. O usuário também recebeu orientação dietética, com perda de peso (restrição a açúcar e carboidratos simples) e foi incentivado a iniciar uma atividade física. A Hidroclorotiazida 25 mg foi mantida e o usuário foi orientado a retornar com os resultados dos exames.

Ele retorna após duas semanas com os exames. Apresenta uma glicemia de jejum de 170 mg/dl, hemoglobina glicosilada de 8,4%, colesterol total de 230 mg/dl, LDL de 139 mg/dl e HDL de 56 mg/dl.

Como R. S. apresentou duas glicemias de jejum alteradas e níveis de hemoglobina glicosilada consistente com hiperglicemia crônica, estabeleceu-se o diagnóstico de DM tipo 2. Por apresentar obesidade, foram indicadas a adoção de dieta equilibrada e a prática regular de uma atividade física. O médico solicitou que o usuário retornasse em 2 meses para reavaliação. Além disto, optou-se por substituir o anti-hipertensivo diurético por inibidor da enzima conversora de angiotensina. Os inibidores da enzima conversora de angiotensina são os anti-hipertensivos de escolha para diabéticos, pois previnem a nefropatia diabética. O usuário saiu da consulta com o retorno agendado.

3.2.5 Chaves na abordagem da pessoa com *Diabetes mellitus*

- O alvo no manejo do DM tipo 2 é eliminar sintomas agudos, reduzir morbidade e mortalidade da doença macrovascular e prevenir ou diminuir doença microvascular;
- O diagnóstico é estabelecido com glicemia casual maior ou igual a 200mg/dl, ou 2 glicemias de jejum maiores ou iguais a 126mg/dl, ou ainda teste de tolerância oral à glicose duas horas após ingestão de dextrose maior ou igual a 200mg/dl;

- A avaliação laboratorial inicial das pessoas diagnosticadas de DM t 2 consiste em:

Glicemia de jejum;

Hemoglobina glicosilada (A1C);

Colesterol total, HDL-C e (para avaliar risco Framingham);

Triglicerídeos;

Creatinina sérica em adultos.

Exame de urina:

Infecção urinária;

Proteinúria;

Corpos cetônicos;

Sedimento;

Microalbuminúria (diabetes tipo 2, se proteinúria negativa).

ECG em adultos;

- Estabelecer risco cardiovascular através do escore de Framingham ou UKPDS;
- Detectar complicações crônicas: neuropatia, retinopatia, nefropatia e pé diabético;
- Dieta e atividade física são partes do tratamento: atividade física melhora metabolismo da glicose e diminui resistência à insulina;
- Sulfonilureias e Biguanidas são as classes de antidiabéticos orais de escolha para iniciar tratamento farmacológico do DM tipo 2;
- Sulfonilureias são mais efetivas para pessoas com diabetes há pelo menos 5 anos e também àquelas com IMC normal;
- Biguanidas são a primeira escolha para indivíduos acima do peso e sem contraindicação à medicação;
- O alvo da glicemia de jejum no caso da DM tipo 2 é de 90-130mg/dl e deve ser aferida mensalmente até controle;
- O alvo da Hb glicosilada é menor que 7% e deve ser aferida a cada 3 meses até controle;
- O alvo para perfil lipídico e PA da pessoa com diabetes é o seguinte:
Colesterol LDL <100 mg/dl;
Colesterol HDL >40 mg/dL (homens);
Colesterol HDL > 50 mg/dl (mulheres);

Triglicérides <150 mg/dL;

Pressão arterial < 130/80 mmHg.

- Insulinoterapia deve ser iniciada se o controle não for alcançado com antidiabéticos orais;
- Pessoas com diabetes devem receber a vacina de Influenza anualmente;
- Pessoas com diabetes devem receber uma dose da vacina pneumocócica e outra dose quando completar 65 anos;
- O anti-hipertensivo de escolha para pessoas com diabetes é o inibidor da enzima conversora de angiotensina, pois previne a nefropatia diabética;
- Deve-se rastrear o usuário diabético anualmente para retinopatia diabética (fundoscopia), nefropatia diabética (microalbuminúria), neuropatia e pé diabético.

Podemos começar identificando quantos usuários diabéticos existem na sua área de abrangência e ver se o número está de acordo com a prevalência nacional. Se vocês já estão em uso do Programa para Gestão por Resultados na Atenção Básica (PROGRAB), observe que ele já disponibiliza o número e a proporção de diabéticos da área de abrangência, além de outras informações. Então vamos acessar o Prograb? Observe os dados.

Você já sabe calcular o risco cardiovascular na Diabetes descrito no Manual Prevenção Clínica de Doenças Cardiovasculares? Quando possível, deve-se utilizar a equação preditiva conhecida como UKPDS Risk Engine, que analisa não apenas os fatores tradicionais (idade, sexo, tabagismo, pressão sistólica e lipídeos), mas também o valor da hemoglobina e a presença de fibrilação atrial.

Todo pessoa com *Diabetes mellitus* tipo 2 tem riscos aumentados para acontecimentos cardiovasculares. Como o risco é uma probabilidade, é portanto passível de cálculo. Indivíduos com *Diabetes mellitus* tipo 2 com maior risco deverão ser acompanhados em intervalo de tempo menores em relação aos de menor risco.

3.3 Doença renal crônica

Segundo a Sociedade Brasileira de nefrologia, estima-se que, no Brasil, 10 milhões de indivíduos tenham algum grau de DRC. Conforme o Censo da Sociedade Brasileira de Nefrologia, existem mais de 90 mil brasileiros em diálise (90% hemodiálise), o que significa um aumento de mais de 100% na última década. Dados sugerem que a prevalência de 50/100.000 no Brasil de DRC é

subestimada, principalmente quando confrontada à realidade de outros países (Estados Unidos é de 110/100.000 e no Japão 205/100.000) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2012).

O mesmo documento aponta como causas da DRC:

- 35,2% para hipertensão;
- 27,5% para diabetes;
- 12,6% para glomerulonefrites;
- 4,2% para doença renal policística;
- 20,5% para outros diagnósticos.

É importante realizar o rastreamento para identificar a DRC. Para o diagnóstico, é utilizada a dosagem de creatinina no sangue e a pesquisa de proteína no exame de urina, utilizando-se a dosagem da creatinina e, através de fórmulas pré-estabelecidas, estima-se o ritmo da filtração glomerular. Por definição, é portador de DRC qualquer adulto com idade ≥ 18 anos que, por um período três meses, apresentar filtração glomerular $< 60 \text{ mL/min}$, assim como aqueles com $\text{FG} > 60 \text{ mL/min/1,73m}^2$, mas com alguma evidência de lesão da estrutura renal (anormalidade urinária como, por exemplo, hematúria glomerular ou microalbuminúria/proteinúria ou uma alteração em exame de imagem renal como cálculo, cisto, etc.). Os indivíduos podem ser classificados nos vários estágios da DRC:

- Doença renal sem alterações na filtração glomerular (Estágio I);
- Doença renal leve (Estágio II);
- Doença renal moderada (Estágio III);
- Doença renal grave (Estágio IV);
- Doença renal avançada (Estágio V).

3.4 Prevenção de eventos cardíacos isquêmicos

A principal causa de mortalidade na população adulta hoje no Brasil e em Santa Catarina são as doenças cardiovasculares. Sua etiologia é multicausal e está relacionada aos hábitos de vida. Assim, os pilares da prevenção cardiovascular são elementos que compõem uma vida saudável: alimentação, atividade física regular, manutenção do peso corporal ideal e afastamento do tabagismo.

Na atenção básica, devemos cotidianamente estimular as formas para um viver mais saudável, que envolvem, além de intervenções clínicas, ações populacionais com vistas ao desenvolvimento de uma cidade saudável.

A prevenção clínica da doença cardiovascular (DCV) na atenção básica deve acontecer diariamente. É preciso incorporar à prática clínica ferramentas e instrumentos que auxiliem na prevenção de DCV, quer seja nos espaços de visita domiciliar ou durante os atendimentos individuais ou em grupos.

Você costuma calcular o risco cardiovascular dos usuários de sua comunidade? Sabe o que significa risco cardiovascular global?

O risco vascular global⁶ é um guia ou ferramenta que nos auxilia a definir se aquele indivíduo terá ou não benefício de determinada intervenção. Ou seja, ele ajuda a selecionar quem realmente precisa sofrer a intervenção. Desta forma, não estaremos expondo as pessoas à intervenções desnecessárias (medicamentos, exames, etc.).

6 Risco vascular global é a somatória de riscos impostos pela presença de múltiplos fatores. Desta forma, não é um risco isolado como o colesterol alto ou a pressão arterial alta que definirá a intervenção, mas sim a soma destes riscos.

Uma das doenças mais estudadas no mundo, o infarto agudo do miocárdio, possui critérios de abordagem definidos e sistemas de avaliação de risco que são os balizadores da intervenção.

3.4.1 Indicadores de alto risco

- Infarto do miocárdio prévio;
- Acidente vascular cerebral ou ataque isquêmico transitório prévio;
- Doença aneurismática de aorta;
- Doença vascular periférica;
- Insuficiência cardíaca congestiva de etiologia isquêmica;
- Angina de peito;
- Doença renal crônica.

3.4.2 Indicadores intermediários de risco

- Idade > 45 anos para os homens, > 55 anos para as mulheres;
- Manifestações de aterosclerose:
 - Sopros arteriais carotídeos;
 - Diminuição ou ausência de pulsos periféricos;
- História familiar de infarto agudo do miocárdio, morte súbita ou acidente vascular cerebral em familiares de 1º grau ocorrido antes dos 50 anos;
- Diagnóstico prévio de *Diabetes mellitus*, glicemia de jejum alterada, diabetes gestacional;
- Diagnóstico prévio de dislipidemia;
- Diagnóstico prévio de síndrome do ovário policístico;
- Tabagismo;
- Obesidade (IMC >30 kg/m²) ou obesidade central (cintura medida na crista ilíaca: > 88 cm em mulheres; > 102 cm em homens);
- Hipertensão (>140/90 mmHg) ou história de pré-eclâmpsia;
- História de doença renal na família (para risco de insuficiência renal).

Indivíduos mais jovens (homens com menos de 45 anos e mulheres com menos de 55 anos), sem manifestação de doença ou sintomas e sem quaisquer dos fatores intermediários descritos anteriormente são caracterizados como sendo de baixo risco. Os demais terão seu risco cardiovascular calculado por meio do [Escore de Framingham](#)⁷. Para o cálculo por meio deste instrumento, precisaremos da glicemia de jejum e do perfil lipídico.

Agora ficou fácil incorporar o uso do risco cardiovascular na sua prática clínica. Após a classificação da hipertensão dos usuários conforme a escala, passamos para as intervenções preventivas às doenças cardiovasculares. Existem dois tipos de intervenções: não farmacológicas e farmacológicas:

Intervenções preventivas de DCV não farmacológicas:

Alimentação saudável, atividade física, cessar tabagismo.

7 O escore de Framingham foi desenvolvido a partir de um estudo populacional longitudinal conduzido por pesquisadores norte-americanos na cidade de mesmo nome, no estado de Massachusetts. Tem evidência científica comprovada e é largamente utilizado em todo o mundo. A partir do risco calculado por meio do escore, a pessoa pode ser considerada de Risco Baixo, Médio e Alto para desenvolver doenças cardiovasculares em 10 anos.

Intervenções preventivas de DCV farmacológicas:

Uso de anti-hipertensivos em indivíduos hipertensos. Os diuréticos tiazídicos em baixas doses são as medicações mais efetivas na prevenção de desfechos cardiovasculares;

Inibidores da enzima conversora de angiotensina para pessoas com alto risco cardiovascular, mesmo sem hipertensão arterial sistêmica;

Aspirina em baixa dose (75 a 150mg/dia) reduz a morbimortalidade cardiovascular de usuários que apresentam cardiopatia isquêmica em suas manifestações agudas e crônicas. Seu uso também se mostrou benéfico nos indivíduos sem cardiopatia isquêmica, mas com alto risco cardiovascular;

O uso de estatinas apresenta diminuição da morbimortalidade nos indivíduos com alto risco cardiovascular mesmo sem alteração no perfil lipídico;

Vacinação contra influenza diminuiu mortalidade e internação por eventos cardiovasculares. É recomendada para indivíduos com doença cardiovascular ou alto risco cardiovascular.

3.5 Doenças respiratórias

3.5.1 Considerações gerais

O sistema pulmonar é composto pelos pulmões, vias aéreas condutoras e vasos sanguíneos associados; tem como função a troca de gases, ou seja, a liberação do oxigênio para as células e a remoção do dióxido de carbono a partir das células. Ele também funciona como um reservatório de sangue para o ventrículo esquerdo quando é necessário reforçar o débito cardíaco; como um protetor para a circulação sistêmica ao filtrar resíduos e partículas; como um regulador de líquidos ao manter a água afastada dos alvéolos e; como um fornecedor das funções metabólicas quando produz surfactantes (NETTINA, 2001; CORPORATION, 2003).

Os pulmões têm cerca de 300 milhões de alvéolos pulmonares, semelhantes a cachos de uvas, são preenchidos de ar e a troca de gás que realizam ocorre por meio de difusão. Compõem-se de células do tipo I, que formam as paredes alveolares (onde ocorre a troca gasosa), e células do tipo II, as quais produzem o surfactante alveolar que possibilita aos alvéolos a expansão uniforme, impedindo que se colabem durante a expiração.

O bom desempenho do sistema respiratório também se mostra no bom desempenho de três fatores que regulam a quantidade de ar que alcança os

pulmões transportando oxigênio e expelindo gás carbônico: volume e capacidade pulmonares, complacência e resistência ao fluxo de ar.

É importante lembrar também que a ventilação e a perfusão devem estar equiparadas ao máximo produzindo uma relação V/Q de 4:5 ou de 0,8 (CORPORATION, 2003). Para compreender o mecanismo das doenças respiratórias, é essencial que você conheça a mecânica respiratória. Faça neste instante uma revisão da anatomia e fisiologia do sistema respiratório.

As doenças ou traumatismos podem interferir na função vital deste sistema ao afetar qualquer uma das seguintes estruturas: vias aéreas condutoras, pulmões, mecanismo de respiração e controle neuroquímico da ventilação.

Doenças respiratórias, quando não tratadas adequadamente, provocam a insuficiência respiratória, classificada como aguda, crônica ou aguda e crônica combinadas. A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é um distúrbio pulmonar de longo prazo, cuja característica é a resistência ao fluxo de ar. Estes distúrbios incluem asma, bronquite crônica e enfisema. Os fatores predisponentes para a DPOC são: infecções respiratórias recorrentes ou crônicas, alergias e fatores hereditários (CORPORATION, 2003).

O tabagismo é o fator mais importante de predisposição à DPOC, pois ele diminui a capacidade da ação ciliar e da função macrofágica que causam a inflamação da via aérea, aumento da produção de muco, destruição alveolar e fibrose peribronquiolar.

3.5.2 Doença pulmonar obstrutiva crônica

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC)⁸ é uma das principais causas de hospitalização e óbito e está entre as 20 doenças mais comuns na prática do médico que atua na atenção básica. Na sua área de abrangência, devem existir alguns casos de DPOC, sobretudo nos indivíduos fumantes.

8 A definição de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é a limitação do fluxo aéreo expiratório não totalmente reversível, curso crônico e progressivo, associado à resposta inflamatória anormal do pulmão devido a partículas ou gases tóxicos.

Como se define a DPOC? Você sabia que até 10 anos atrás a classificação da DPOC era diferente da que utilizamos hoje?

A história clínica da DPOC se caracteriza pelos seguintes sintomas:

- Tosse crônica;
- Aumento da produção de escarro;
- Dispneia.

Os fatores de risco envolvidos no desenvolvimento de DPOC são: tabagismo (mesmo que passivo), produtos químicos ou fumaça doméstica, automobilística e industrial.

No exame físico, os sinais mais comuns apresentados pelo indivíduo são a diminuição do murmúrio vesicular à ausculta, o prolongamento da expiração, o timpanismo à percussão e a hiperinsuflação torácica. Além disso, com a progressão da doença, ocorre importante perda de peso, tornando imprescindível a avaliação do IMC do indivíduo a cada consulta.

O diagnóstico é baseado na análise e no exame físico que passem por:

- Coloração de tez e extremidades;
- Deformidades torácica com diminuição de amplitude de ápice e base;
- Timpanismo à percussão e diminuição do frêmito tóraco vocal;
- Ausculta com roncos e sibilos.

Apesar da história e do exame físico serem fundamentais ao diagnóstico, o padrão-ouro de diagnóstico é a espirometria. Você sabe interpretar uma espirometria?

A espirometria avalia a função pulmonar. Seus principais parâmetros na avaliação da DPOC são:

- Capacidade vital forçada (CVF) - volume de ar máximo que é expirado durante uma manobra forçada;
- Volume expiratório forçado em um segundo (VEF1) - volume expirado no primeiro segundo de expiração máxima após inspiração máxima;
- Razão VEF1/CVF - valores normais situam-se entre 70-80% (Quadro 1).

GRAU DE OBSTRUÇÃO	
LEVE	VEF1/CVF em % <70
MODERADA	30% <= VEF1 < 80% do previsto
GRAVE	VEF1 < 30% do previsto

Quadro 1 – Classificação da DPOC

Fonte: The Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD), 2010.

Sabemos que muitos profissionais trabalham em locais de difícil acesso a este exame e, nestes casos, o diagnóstico pode ser realizado por meio da anamnese e do exame físico. Outros exames complementares podem auxiliar e são listados no quadro a seguir:

CLASSIFICAÇÃO DA DPOC SEGUNDO ESPIROMETRIA	
Radiografia de tórax	Tem baixa sensibilidade e especificidade para o diagnóstico de DPOC. Pacientes com DPOC leve a moderada podem apresentar RX normal. A hiperinsuflação pulmonar, retificação diafragma e aumento do espaço retrocardíaco são sinais radiográficos de DPOC.
Oximetria de pulso	Monitorização não-invasiva da saturação de O ₂ no sangue. Auxilia avaliação de necessidade de incremento no O ₂ .
Eletrocardiograma	Avalia volume cardíaco e desvio do eixo para a direita. Auxilia identificação de arritmias presentes em estágios avançados da doença.
Ecocardiograma	Auxilia na avaliação do cor <i>pulmonale</i> .

Quadro 2 – Exames Complementares
 Fonte: The Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD), 2010.

O GOLD coloca 4 componentes no manejo da DPOC:

- Avaliação e acompanhamento da doença;
- Redução dos fatores de risco;
- Manejo do DPOC estável;
- Manejo das exacerbações.

Vamos conhecer as especificações de cada um deles a seguir. Acompanhe.

Avaliação e acompanhamento do indivíduo com diagnóstico da DPOC: consiste na avaliação clínica, exposição a fatores de risco, sintomas atuais, padrão de exacerbações, comorbidades, impacto na vida do indivíduo, suporte familiar e social e possibilidade de redução dos fatores de risco;

Redução dos fatores de risco: aconselhamento do abandono do tabaco com suporte para auxiliar o usuário a cessar tabagismo (atividade de grupo, medicações).

Manejo da DPOC estável: o quadro abaixo resume o manejo da DPOC estável conforme seu estágio.

TRATAMENTO DPOC CONFORME ESTÁGIO			
Em risco	DPOC leve	DPOC moderada	DPOC grave
Exposição a risco Espirometria normal	VEF1/CVF <70% Com ou sem sintomas	30% ≤ VEF1 < 80% do previsto	VEF1 entre 30-49% do previsto
- Vacinação Influenza - Aconselhar Cessar Tabagismo			
- Acrescentar broncodilatador de curta ação se necessário			
		- Acrescentar tratamento regular com um ou mais broncodilatadores de ação prolongada - Reabilitação	
		- Acrescentar corticoides inalados se exacerbações de repetição - O2 se insuficiência respiratória	

Quadro 3 – Manejo da DPOC estável conforme seu estágio
Fonte: The Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD), 2010.

- β -2 de curta duração possui ação de 4 a 6 horas, início de ação rápida de 5 minutos e são fundamentais para o tratamento sintomático;
- O β -2 de longa duração possui ação de até 12 horas;
- Os anticolinérgicos (ipatrópio) têm duração de 6 a 8 horas, pico de ação de 1 hora. Na terapia de manutenção, há melhora dos sintomas e qualidade de vida. Se associados a β -2 de curta duração, há melhora no VEF1 e tolerância ao exercício;
- Há divergência nos estudos se as xantinas (aminofilina, teofilina) reduzem os sintomas e melhoram a tolerância ao exercício. Apresentam muitas interações medicamentosas;
- Os corticoides devem ser usados na DPOC quando houver resposta espirométrica comprovada ou se o VEF1 for menor que 50% ou ainda se houver mais de 3 exacerbações ao ano;
- A vacina da Influenza reduz em 50% as doenças graves e morte em pessoas com DPOC;
- Não há evidência para a recomendação da vacina pneumocócica para pessoas com DPOC.

Todas as pessoas com DPOC se beneficiam com programas de exercícios físicos, melhorando a tolerância aos exercícios, a dispneia e a fadiga.

A medida isolada mais efetiva para reduzir o risco de desenvolvimento de DPOC e para interromper sua progressão é o abandono do tabagismo. Lembre-se de desenvolver ações na sua unidade de saúde que compreendam a organização de grupos de apoio ao abandono do tabagismo.

Manejo da exacerbação da DPOC: aumentar a dose ou a frequência dos broncodilatadores em uso, associados aos anticolinérgicos, caso ainda não estejam em uso. Indicar corticoides se a condição de base for VEF1 menor que 50% do previsto, acrescentar ao regime broncodilatador corticoide oral por 10 dias. Se houver piora da dispneia e tosse com expectoração aumentada e purulenta, acrescentar cobertura de antibiótico conforme o quadro abaixo:

GRUPO	ANTIBIÓTICOS
Pacientes com menos de 60 anos, sem comorbidades, menos de quatro exacerbações ao ano.	-β lactâmicos (amoxicilina, cefalosporinas de segunda ou terceira geração). -Novos macrolídeos -Quinolonas antipneumo -Doxiciclina/tetraciclina -Sulfa + trimetropin
Pacientes com mais de 60 anos, com comorbidades, mais de quatro exacerbações ao ano.	-Quinolonas antipneumo -Azitromicina -β lactâmicos + inibidor da β lactamase (ácido clavulânico, sulbactan).

Quadro 4 – Cobertura de Antibiótico

Fonte: The Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD), 2010.

Você pode se perguntar: quando devemos encaminhar o indivíduo com DPOC para a avaliação do Pneumologista?

Indivíduos com DPOC severa, cor pulmonal e necessidade de oxigenoterapia, declínio rápido do VEF1, pessoas com menos de 40 anos e com infecções frequentes devem ser avaliados pelo pneumologista.



Link

Recomendamos a leitura do Capítulo 78 do livro Medicina Ambulatorial e também da Iniciativa Global para Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (GOLD) disponível em: <<http://www.goldcopd.com>>

3.6 Doenças osteomusculares

Nesta etapa dos estudos, vamos aprofundar nosso conhecimento sobre as doenças osteomusculares, trataremos especificamente da lombalgia, da osteoartrose e das doenças relacionadas ao trabalho.

3.6.1 Lombalgia

A dor lombar é um dos principais motivos de procura por atendimento na atenção básica. Existe uma semana em que não se atenda um usuário com dor lombar? Os casos que persistem ou que tenham flutuação por mais de 3 meses são classificados como dor lombar crônica. Os quadros agudos de lombalgia geralmente são autolimitados e não serão abordados neste conteúdo.

As causas de dor lombar são inúmeras, como você poderá ver na tabela abaixo. A lombalgia mais comum é a mecânica inespecífica, em que existem danos músculo-ligamentares (distúrbio postural, esforço excessivo) sem comprovação anatômica ou histológica. A associação entre sintomas e achados de exames por imagem nestes casos é fraca.

PRINCIPAIS CAUSAS DE LOMBALGIA		
CAUSAS MECÂNICAS	CAUSAS SISTÊMICAS	CAUSAS VISCERAIS
Lombalgia Mecânica inespecífica	Neoplasias	Prostatite, Endometriose, DIP crônica.
Osteoartrose lombar	Artrites inflamatórias (espondilite anquilosante, sdr de reiter...).	Nefrolitíase, Pielonefrite
Hérnia de disco	Infecção (osteomielite, abscessos, herpes zoster...).	Pancreatite, Colecistite
Colapso vertebral por osteoporose	Doença de Schuermann	Aneurisma aórtico
Estenose espinhal	Doença de Paget	-
Espondilolistese	-	-
Cifose acentuada ou Escoliose acentuada	-	-

Quadro 5 – Principais causas de lombalgia
Fonte: DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2004.

Diagnóstico

A dor lombar crônica geralmente tem curso benigno e em grande parte dos casos não se identifica uma lesão anatômica responsável pelo quadro. Assim, a busca exaustiva de uma causa anatômica específica, além de ser dispendiosa, não resulta em benefício para o indivíduo. Na avaliação, é importante descartar as causas graves que necessitam de intervenção específica. Abaixo listamos os sinais de alerta, também chamados na literatura internacional de *red flags*, que sinalizam uma patologia mais grave. Na ausência destes sinais, a abordagem diagnóstica deve ser conservadora, dispensando a investigação exaustiva.

Sinais de alerta:

- Trauma importante;
- Idade > 50 anos;
- História pregressa de câncer ou dor que piora em repouso;
- Perda de peso inexplicada de mais de 10% do peso corporal;
- Febre por mais de 48h;
- Uso de drogas injetáveis;
- Déficit neurológico grave ou progressivo;
- Dor com duração de mais de 1 mês sem resposta ao tratamento.

Na anamnese, é importante questionar as características da dor: localização, intensidade, duração, frequência, irradiação e fatores de alívio e piora. Na maioria das vezes, o sintoma de dor lombar com irradiação para a face posterolateral do membro inferior (lombociatalgia) resulta de prolapso discal e irritação das raízes nervosas L5 e S1. A dor lombar geralmente é referida como pontada, enquanto que a ciatalgia é tipo fisgada, queimação ou formigamento. A ausência de dor ou parestesia abaixo do joelho diminui a probabilidade de hérnia de disco ou estenose espinhal. Se a dor se manifesta na face anterior da coxa, é menos relacionada à radiculopatia.

A história ocupacional e recreacional também fornece dados sobre causas: sobrecarga, esforço repetido ou postura inadequada.

No exame físico, é importante verificar sinais de doenças sistêmicas. Deve-se realizar inspeção da coluna, marcha e pesquisar atrofia muscular e alterações no exame neurológico. No exame neurológico, é preciso avaliar tônus, força, reflexos tendinosos e trofismo muscular.

A prova de elevação das pernas estendidas com a pessoa em posição supina (Lasé-
gue) deve ser realizada. Considera-se positiva quando a elevação inferior a 60° re-
produz ou exacerba os sintomas de ciatalgia, com dor intensa e superficial irradiada
abaixo do joelho.

Os exames complementares (laboratório e exames de imagem) serão necessários
quando houver presença de sinais de alerta.

Vamos conferir agora as formas de tratamento. O tratamento envolve medidas
farmacológicas e não farmacológicas. Acompanhe.

Para a dor lombar aguda e subaguda, o tratamento envolve medidas farmacológicas
e não farmacológicas.

Na fase aguda, recomenda-se retorno breve e gradual às atividades laborais habituais
e prescrição de repouso no leito ou exercícios nesta fase. Nos casos de dor leve, o
analgésico acetaminofen é uma alternativa. Para dores moderadas ou acompanhadas
de ciatalgia, os Anti-Inflamatórios Não Hormonais (AINH) são a melhor opção. Pode-
se associar AINH e acetaminofen com o aumento da analgesia, visto que agem em
mecanismos diferentes. Relaxantes musculares podem ser empregados, mas a sua
associação com AINH não encontrou aumento no alívio da dor.

Fortes evidências apontam que o exercício físico é inefetivo no tratamento da dor
lombar aguda. Pessoas com dor lombar aguda podem obter analgesia com recursos
eletrotermoterapêuticos e o fisioterapeuta pode orientar a equipe quanto às indica-
ções e orientações específicas.

Na dor lombar crônica, a meta do tratamento é o alívio da dor e a reabilitação
funcional do indivíduo. Ou seja, permitir que este retorne as suas atividades diárias
sem limitação.

O tratamento medicamentoso pode ser iniciado com acetaminofen associado ao
AINH. Caso a resposta a este tratamento seja fraca, pode-se associar o tramadol.
O tramadol é um analgésico opioide fraco e também com atividade de aumento
da recaptção de serotonina. Os relaxantes musculares produzem alívio da dor no
uso por pequeno período, mas não há evidência de melhora da analgesia no uso
a longo prazo. Antidepressivos e medicamentos anticonvulsivantes não auxiliam
no alívio da dor lombar crônica. A amitriptilina, no entanto, mostrou benefício no
alívio da dor e pode ser associada a medicações analgésicas.

A fisioterapia com fortalecimento dos grupos musculares promoverá o alívio da dor e a melhora do estado funcional de pessoas com dor lombar crônica. Também é importante ressaltar que dados publicados sobre a acupuntura para a dor lombar crônica ainda são insuficientes para comprovar seu benefício. Porém é importante identificar as necessidades de cada indivíduo a fim de selecionar os recursos que promoverão sua recuperação.

3.6.2 Osteoartrose

A osteoartrose é doença articular crônica que tem importante impacto na qualidade de vida dos indivíduos. É um motivo frequente de busca por atendimento na atenção básica. Assim, o médico deve ter habilidade no diagnóstico e no manejo desta doença.

Como você maneja a osteoartrose? O tratamento não farmacológico tem benefício? Quais as articulações mais frequentemente envolvidas?

A osteoartrose tem sua prevalência aumentada com a idade. Acomete mais o sexo feminino. A obesidade é um dos fatores importantes no desenvolvimento da osteoartrose tanto nas articulações que suportam peso quanto na articulação da mão. A perda de peso tem grande relevância na melhora dos sintomas de osteoartrose.

A manifestação clínica da osteoartrose se caracteriza por dor insidiosa de uma ou mais articulações que piora com a atividade e melhora com o repouso. Não existem sintomas sistêmicos. A dor pode ser acompanhada de rigidez matinal ou ao longo do dia, porém sua duração é inferior a 30 minutos.

As articulações afetadas são: mão, joelho, quadril, coluna lombar e cervical, articulações interfalângicas distais e proximais, articulação carpo metacárpica do polegar.

No exame físico, as seguintes alterações podem ser observadas:

- Dor à palpação da articulação afetada;
- Hipertrofia óssea;
- Limitação da amplitude do movimento articular;
- Crepitação;

- Desalinhamento;
- Instabilidade;
- Perda da função articular.

Outros sinais no exame físico são a hipertrofia óssea localizada na articulação interfalângica distal (nódulo de Heberden) ou da interfalângica proximal (nódulo de Bouchard). Na osteoartrite de joelho, em

9 Espondilose - osteófitos na apófise lombar.

casos avançados, podemos observar o genu-varus. Em pessoas com osteoartrite cervical, os osteófitos podem estreitar o forame neural com compressão nervosa e radiculopatia cervical (parestesia e dor). A osteoartrite na coluna lombar pode provocar dor ciática e, se há estenose do canal medular por [espondilose](#)⁹, pode provocar claudicação neurológica: dor lombar associada à deambulação e irradiada para membros inferiores.

O diagnóstico da osteoartrite é clínico. A radiografia pode auxiliar nos casos em que o diagnóstico é duvidoso. Lembre que é sempre útil realizar a radiografia da articulação acometida e seu par para comparação. Os achados radiológicos comuns na osteoartrite são:

- Diminuição do espaço articular;
- Esclerose óssea subcondral;
- Osteófitos marginais;
- Cistos subcondrais;
- Corpos intra-articulares;
- Subluxação e deformidade articular.

Agora que vimos como diagnosticar a osteoartrite, vamos conferir os tratamentos possíveis e indicados. Acompanhe.

Os principais objetivos do tratamento da osteoartrite são: diminuir a dor, melhorar a função articular e limitar a incapacidade física.

Pesquisas recentes e disponíveis na Cochrane BVS apontam para evidências sobre o alívio da dor e melhora das condições músculo articulares dos indivíduos com osteoartrite por meio da cinesioterapia e eletroterapia sob orientação ou tratamento do fisioterapeuta.

O Acetaminofen (paracetamol) na dose de 1g a cada 6 horas é o medicamento de escolha no início do tratamento da osteoartrite. O tramadol é um analgésico mais

potente e pode ser uma escolha na falha do uso de Paracetamol. Geralmente reserva-se o tramadol para casos graves e que não respondem a outras medidas.

Os Anti-Inflamatórios Não Hormonais (AINH) são eficazes no tratamento da osteoartrose, porém seu uso prolongado produz potencialmente sintomas gástricos e renais.

As chamadas drogas modificadoras da evolução da doença têm benefício limitado, segundo ensaios clínicos. Há, portanto, controvérsia no uso de glicosamina e condroitina no manejo da osteoartrose.

Os procedimentos cirúrgicos são indicados para as pessoas que não responderam adequadamente ao tratamento convencional e permanecem com dor ou incapacidade severa.

Para refletir

Em uma comunidade em que a maior parte dos homens adultos trabalha na indústria carbonífera, os profissionais da saúde enfrentam a dura realidade de acompanhar diversos usuários (trabalhadores e moradores próximos às indústrias) com problemas respiratórios graves, como enfisema pulmonar e bronquite. Preocupados com essa realidade e desejando reduzir o número de casos, levam esta situação para discussão com os profissionais do NASF. Dos profissionais que atuam naquele NASF, em especial o médico acupunturista, o médico do trabalho, o farmacêutico, o fisioterapeuta, o assistente social e o médico internista (clínica médica), propõem um Projeto de Saúde no Território (PST), com a incorporação de ações educativas com a comunidade de forma articulada com a Secretaria de Segurança Ambiental e Secretaria de Vigilância Sanitária. Elaborada a proposta, esta é debatida no Conselho Local de Saúde a fim de discutir com a comunidade o problema de saúde percebido pela equipe, para conhecer o entendimento da população sobre a situação, o estabelecimento de prioridades em saúde daquele território e a aceitação, por parte da comunidade, do PST proposto, suas contribuições, modificações e pactuações.

Na sua comunidade, qual o principal problema de saúde da população adulta? Hipertensão Arterial Sistêmica e *Diabetes mellitus*? Doenças respiratórias? Você e sua equipe já conversaram sobre qual a prioridade no território onde atua? E sobre a possibilidade de articular ações com os profissionais do NASF ou outros setores? Reflita, discuta, identifique as necessidades regionais e possibilidades de atuação com os profissionais de sua equipe.

SÍNTESE DA UNIDADE

O tema desta unidade foi a discussão acerca das doenças crônicas que mais assolam a população em nosso país. O estudo buscou ressaltar quais são os sintomas e os fatores de risco de tais doenças, assim como seus tratamentos medicamentoso e não medicamentoso. Procurou-se enfatizar o papel das equipes da atenção básica na melhoria das condições de vida dos usuários da comunidade. Com isto, buscamos reforçar o trabalho interdisciplinar em equipe frente a essas doenças, propondo ações de promoção da saúde, assim como diagnóstico e tratamento precoces e as medidas de reabilitação e de recuperação da saúde.

REFERÊNCIAS

AMBROSE, J. C. et al. A minus-end-directed kinesin with plus-end tracking protein activity is involved in spindle morphogenesis. **Molecular Biology of the Cell**, v. 16, p. 1584–1592, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diabetes_mellitus.PDF>. Acesso em: 8 jun. 2012.

CARNEIRO, G. et al. Influência da distribuição da gordura corporal sobre a prevalência de hipertensão arterial e outros fatores de risco cardiovascular em indivíduos obesos. **Revista Associação Médica Brasileira**, v. 49, n. 3, p. 306-311, 2003.

CORPORATION, S. **Anatomia e fisiologia**: série incrivelmente fácil. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

DUNCAN, B. B. et al (org.). **Medicina ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidências. Porto Alegre: Artmed, 2004.

NETTINA, S. M. **Prática de enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

PADILHA, M. I. C. de S.; SILVA, D. M. G.; BORENSTEIN, M. S. Enfermagem ambulatorial: o cliente em situação crônica da saúde. In: SANTOS, I. dos et al. **Enfermagem assistencial no ambiente hospitalar**: realidade, questões, soluções. São Paulo: Atheneu, 2004. p. 159-78.

SARNO, F.; MONTEIRO, C. A. Importância relativa do índice de massa corporal e da circunferência abdominal na predição da hipertensão arterial. **Revista Saúde Pública**, v. 41, n. 5, p. 788-796, 2007.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Brunner e Suddarth**: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. Os rins em defesa da vida. **Ofício**. São Paulo, 2012. Disponível em: <<http://www.sbn.org.br/pdf/padrao.pdf>>. Acesso em: 8 jun. 2012.

THE GLOBAL initiative for chronic obstructive lung disease (GOLD). 2012. Disponível em: <<http://www.goldcopd.com>>. Acesso em: 8 jun. 2012.

WILD, S. et al. Global prevalence of diabetes. Estimates for the year 2000 and projections for 2030. **Diabetes Care**, v. 27, n. 5, p. 1047-53, 2004.

Atenção Integral à Saúde do Adulto
Medicina

Unidade 4



4 O USUÁRIO COM DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS

Sempre ouvimos dizer que um dos grandes problemas de saúde pública do Brasil está relacionado à alta prevalência de doenças transmissíveis, algumas delas com importantes índices de mortalidade. Como são doenças preveníveis, sempre foi reconhecido que este quadro é tão mais grave quanto pior forem as condições de vida da população e piores os serviços destinados à sua saúde, por este motivo, são consideradas doenças que atingem mais gravemente os países menos desenvolvidos. Mas será que esta situação permanece assim?

Nesta unidade, você poderá recordar conteúdos básicos importantes e se atualizar quanto à dinâmica destas doenças, especialmente no cenário brasileiro. Com isso, você poderá repensar a situação de sua área de abrangência e detectar possíveis lacunas de conhecimento sobre esta realidade.

Convidamos você para, nesta unidade, rever alguns conceitos sobre as doenças transmissíveis e a visualizar dados atualizados sobre elas, bem como entender qual o papel da equipe de saúde face a esta problemática. Papel este, cuja base deve ser o conhecimento científico da área que permita desenvolver uma atenção integral aos usuários dos serviços de saúde.

4.1 Considerações gerais sobre doenças transmissíveis

Normalmente, não há qualquer dificuldade em compreender o que são doenças transmissíveis, já que um conjunto ampliado de doenças é assim agrupado e denominado por uma característica comum: a transmissão, ou seja, o agente causador (agente infeccioso ou toxina deste) é transmitido diretamente, de um ser vivo infectado ou reservatório a outro ser vivo, ou indiretamente, por meio de um hospedeiro intermediário, de um vetor ou do próprio meio ambiente do ser vivo.

Estas doenças também são conhecidas como infecciosas, exatamente porque implicam “penetração, alojamento e, em geral, multiplicação de um agente etiológico animado no organismo de um hospedeiro, produzindo-lhe danos, com ou sem aparecimento de sintomas clinicamente reconhecíveis” (WALDMAN; ROSA, 1998).



Link

Acesse o *site* da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (sala de leitura) para conhecer a definição de doença transmissível presente no manual Saúde e Cidadania, no capítulo que trata da Dinâmica das Doenças infecciosas. Lá você poderá relembrar, por exemplo, alguns termos relacionados à infecção. Consulte o *site* e tenha claras algumas formas de infecção:

SANTA CATARINA. Secretaria Estadual da Saúde. **Saúde e cidadania**. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/gestores/sala_de_leitura/saude_e_cidadania/ed_07/05_01_02.html>.

Também neste *site* você vai encontrar subsídios para retomar outros conceitos e esquemas que ajudam a entender os principais fatores envolvidos no comportamento das doenças infecciosas. Lembra-se da cadeia do processo infeccioso ou da história natural das doenças? Apesar da limitação destes esquemas interpretativos em abarcar toda a complexidade das doenças como fenômenos humanos e sociais, eles precisam ser considerados em alguns momentos.

Além de considerar a cadeia do processo infeccioso, a equipe de saúde também deve considerar em relação à doença infecciosa:

- sua estrutura epidemiológica, que consiste no comportamento das doenças na população, no tempo e no espaço, de acordo com a interação dos diversos fatores relacionados, ligados ao agente, meio e ao hospedeiro;
- as características do seu reservatório;
- as vias de sua eliminação;
- as características do seu agente, como infectividade, patogenicidade, virulência, imunogenicidade;
- características do ambiente físico e social em que ocorre;
- seus tipos de transmissão, direta ou indireta;
- os fatores envolvidos na resposta do novo hospedeiro à infecção (suscetibilidade, resistência, imunidade, mecanismos de ação patogênica).

Apesar de todos estes conceitos parecerem de fácil definição, o tema doenças infecciosas é bastante complexo por diversos fatores, como, por exemplo:

- a existência de um grande número de doenças que possuem as mesmas características daquelas consideradas como infecciosas;
- a variedade de formas de manifestação de tais doenças, que muitas vezes fogem de quadros clínicos típicos;

- o grande número de doenças que possuem esta característica e a variedade de formas de manifestação, que muitas vezes fogem de quadros clínicos típicos;
- a situação epidemiológica das doenças transmissíveis no Brasil e no mundo;
- a relação destas doenças com a pobreza e a desigualdade social;
- o fato de, apesar das mudanças no perfil dessas doenças, ainda se constituírem em grupo significativo no âmbito dos grandes problemas de saúde pública;
- o fato de o impacto destas doenças na saúde das populações depender, em grande parte, de vulnerabilidades socialmente determinadas, como de estratégias e medidas de controle e prevenção.

Quais dos elementos acima você reconhece na sua experiência? Que outros fatores tornam o tema mais complexo na sua realidade? Pense nisso!

Cada vez que voltamos a estudar este conjunto de doenças, alguns conceitos podem não ficar claros ou corretos, segundo os avanços da medicina. Consulte e sintetize tais conceitos.

Diante da complexidade que envolve as doenças infecciosas, talvez você tenha encontrado:

- dificuldade em lembrar de algumas delas;
- dificuldade de ter uma ideia mais completa ou exata acerca da sua ocorrência na população da sua área;
- dificuldade no reconhecimento do modo dinâmico com que estas doenças ocorrem;
- dificuldade em entender como este conjunto de doenças pode ter sido classificado.

A esta altura você já deve estar pensando em diversas doenças que você conhece, seja por leituras ou por situações de atendimento de indivíduos e grupos. Tente lembrar diferentes doenças que compõem este grupo e enumere-as em uma lista à parte. Agora, coloque ao lado de cada doença um número de 1 a 5, concedendo maior valor para aquelas que você considera mais importantes ou com maior impacto na população de sua área.

Em parte, dificuldades de avaliação da situação das doenças infecciosas em uma população se devem ao chamado fenômeno *iceberg*. Veja a seguir:

Para classificar este conjunto de doenças dispomos de diferentes critérios. Um exemplo de classificação desponta da análise das tendências do comportamento destas doenças em três grandes subgrupos: transmissíveis com tendência descendente, doenças transmissíveis com quadro de persistência e doenças transmissíveis emergentes e reemergentes.

As doenças transmissíveis com tendência descendente são aquelas para as quais os instrumentos de prevenção e controle já demonstraram eficácia, com conseqüente declínio de sua incidência. Algumas já atingiram a meta de erradicação, como a varíola e a poliomielite, ou de eliminação, como o sarampo; para outras, ainda se espera tal resultado nos próximos anos, como a raiva humana transmitida por animais domésticos, a rubéola congênita e o tétano neonatal. Por fim, existem aquelas em declínio, como a difteria, a rubéola, a coqueluche e o tétano acidental (todas imunopreveníveis), ou a doença de Chagas e a hanseníase (endêmicas), a febre tifoide, a oncocercose, a filariose e a peste (ocorrência em áreas restritas) (BRASIL, 2012a).

Doenças infecciosas emergentes e reemergentes são aquelas que foram identificadas recentemente na população humana, ou que já existiam, mas que ampliaram sua distribuição geográfica e incidência (como a cólera e o dengue, ou o recrudescimento da malária na Amazônia).

Você pode imaginar o que poderia estar associado a tais processos? Pense em fatores relacionados a mudanças ambientais geradas pelos modelos de desenvolvimento econômico, nos processos migratórios e urbanização, nos hábitos alimentares, nas tecnologias e nos serviços de saúde e na própria evolução dos microrganismos. Com certeza você poderá lembrar de inúmeras situações que estão envolvidas nas mudanças do perfil (transição demográfica e transição epidemiológica) destas doenças.

Agora podemos aproveitar para tratar alguns exemplos importantes: a tuberculose e as hepatites. Vejamos, a seguir, porque elas são tão importantes.

4.2 Tuberculose

Segundo a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2012), a tuberculose (TB) “é uma doença antiga mas não é passado”. Esse é um alerta para a situação de emergência global da tuberculose, enfermidade reemergente, desde 1993, que é hoje a maior causa de morte por doença infecciosa em adultos.

Estima-se que a infecção pelo *Mycobacterium tuberculosis* atinge dois bilhões de pessoas (um terço da população mundial), dos quais cerca de 9 milhões desenvolverão a doença e 2 milhões morrerão a cada ano. Outro fato importante a ser lembrado em relação a referida doença é que este sério problema da saúde pública está profundamente ligado à precariedade das condições de vida, à pobreza e ao estigma social, que prejudica a adesão ao tratamento por parte dos portadores ou familiares/contactantes. Além disso, a situação da doença no mundo vem se agravando com o surgimento da epidemia de AIDS, a emergência de focos de tuberculose multirresistente, aliados às drogadições, especialmente ao alcoolismo.

De acordo com dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), 50 milhões de pessoas estão infectadas pelo bacilo da tuberculose, entre 85 e 100 mil casos novos são notificados anualmente (incidência de 47/100.000 habitantes) no país (BRASIL, 2012b).

São verificados, em nosso país, cerca de 6 mil óbitos por ano em decorrência da doença. As metas internacionais (WHO, 2012) e pactuadas pelo governo brasileiro são de efetivo controle da tuberculose no país. Fazem parte destas metas: identificar 70% dos casos de tuberculose estimados e curá-los em 85%, o que inclui reduzir as taxas de abandono de tratamento e surgimento de bacilos resistentes.

Para promover o acesso universal da população às ações assistenciais, foi instituído o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), de caráter unificado (esferas federal, estadual e municipal), que desenvolve ações preventivas e de controle do agravo, além de garantir a distribuição gratuita de medicamentos e insumos.

Você deve se recordar dos cinco elementos que compõem a estratégia recomendada pela OMS: vontade política, garantia da baciloscopia, aquisição e distribuição regular de medicamentos, tratamento diretamente observado, sistema de informação. Considerando esses cinco pilares, já fica fácil dimensionar a importância da Atenção Básica à saúde e da Estratégia da Saúde da Família para o sucesso de tais metas.

Vamos lembrar aqui também de alguns tópicos sobre a Tuberculose (TB). Veja abaixo:

- Seu agente etiológico é o *Mycobacterium Tuberculosis* ou Bacilo de Koch (BK);
- Outras espécies de microbactérias podem produzir quadro clínico semelhante ao da tuberculose, o que exige a realização da cultura nos laboratórios de referência, para efetuar o diagnóstico diferencial (especialmente para pneumonias, micoses pulmonares como paracoccidiodomicose ou histoplasmoze, sarcoidose e carcinoma brônquico);
- Embora na maioria dos casos de tuberculose, as lesões se localizem nos pulmões, ela também pode ocorrer em diversos locais do organismo, como nos gânglios, rins, ossos ou meninges;
- O diagnóstico é mais comumente feito por exame bacterioscópico (baciloscopia e cultura), mas também por método radiológico, prova tuberculínica ou anatomopatológico (histológico e citológico);
- O homem é o principal reservatório (não único) e, geralmente, a fonte de infecção é o indivíduo com a forma pulmonar da doença (bacilífero), com maior facilidade de eliminar bacilos para o exterior (uma pessoa pode infectar, em um ano, de 10 a 15 pessoas na comunidade);
- O transmissão é direta, de pessoa a pessoa, principalmente por meio do ar, e o período de incubação é de, em média, 4 a 12 semanas até a descoberta das primeiras lesões. No entanto, é comum que novos casos de doença pulmonar só sejam descobertos após um ano da infecção inicial;
- A doença pode não apresentar indícios ou sintomas simples e, por isso, pode ser facilmente ignorada por meses ou anos;
- A tosse seca contínua que evolui para a presença de secreção, por 3 semanas ou mais, na maioria das vezes chegando a tosse com pus ou sangue, é um de seus sintomas;
- Outros dos seus sintomas podem ser cansaço excessivo, febre baixa (comumente à tarde), sudorese noturna, falta de apetite, palidez, emagrecimento acentuado, rouquidão, fraqueza e prostração;
- A dor torácica e a dispneia ocorrem em casos graves, com aumento da hemoptise e alterações da pleura;
- O período de transmissibilidade permanece enquanto o indivíduo adoecido estiver eliminando bacilos, sem o início do esquema terapêutico;
- O tratamento ambulatorial reduz gradativamente a transmissão, após dias ou semanas, e elimina todos os bacilos tuberculosos por meio de uma associação medicamentosa adequada em doses e tempo (geralmente 6 meses), o que exige supervisão pelo serviço de saúde (domiciliar, na unidade ou no trabalho). As drogas usadas são as isoniazida - H, rifampicina - R, pirazinamida - Z (tratamento básico - RHZ), estreptomina - S, etambutol - E e etionamida - Et.;

- A hospitalização só está indicada em situações de graves intercorrências clínicas ou cirúrgicas, como em complicações, intolerâncias medicamentosas ou estado geral que implique sérios riscos.

4.2.1 Ações de combate à tuberculose

Para quebrar a cadeia de transmissão da TB, são necessárias ações articuladas e atuação de diferentes profissionais. Por exemplo, unidades de saúde, mesmo contando com uma unidade de referência de média complexidade, precisam que seus profissionais estejam capacitados em ações de controle da tuberculose (busca e detecção precoce de casos, tratamento eficiente e supervisionado).

Conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008a), a busca de casos de tuberculose deve ser feita pela equipes de saúde com o apoio da comunidade mobilizada e, portanto, bem informada, e deve estar dirigida para:

- Sintomas respiratórios (tosse com expectoração há pelo menos três semanas) ou sintomatologia compatível com TB (febre vespertina, suores noturnos, perda de peso, escarro sanguíneo - hemoptoico - ou dor torácica);
- Pessoas com história de tratamento anterior para tuberculose;
- Pessoas com contato com casos de tuberculose (pessoas que coabitam com indivíduos com TB);
- Populações de risco: pessoas privadas de liberdade, asilos, instituições psiquiátricas, abrigos;
- Portadores de doenças debilitantes (diabetes, neoplasias);
- Imunodeprimidos por uso de medicamentos;
- Imunodeprimidos por infecções, como o HIV;
- Usuários de drogas;
- Moradores de rua;
- Trabalhadores da área de saúde.

Ainda de acordo com informações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2008a), o tratamento dessa doença infecciosa deve ser descentralizado, realizado nas unidades de atenção básica, sob supervisão direta. Assim, a equipe de saúde deve ter claro o esquema de tratamento utilizado e outras informações sobre as ações na sua Unidade (deve discutir estas questões com o médico da equipe).

Como a adesão do indivíduo ao tratamento dessa doença depende, entre outras coisas, do seu conhecimento sobre a doença, a equipe de saúde deve focar em esclarecer aos usuários a duração do tratamento prescrito, a importância da regularidade no uso das drogas, as consequências advindas da interrupção ou do abandono deste tratamento.



Leitura Complementar

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **HIV/Aids, hepatites e outras DST.** Cadernos de Atenção Básica, 18. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde. **Dengue, esquistossomose, hanseníase, malária, tracoma e tuberculose.** Cadernos de Atenção Básica, 21. Brasília, 2008.

4.2.2 Abordagem clínica

Os sintomas mais frequentes são:

- tosse com expectoração há pelo menos 3 semanas;
- febre vespertina;
- suor noturno;
- perda de peso;
- escarro hemoptoico;
- dor torácica.

O diagnóstico de tuberculose nem sempre é uma tarefa fácil. O exame inicial de fácil execução e que identifica cerca de 70% dos casos é a pesquisa do Bacilo Álcool Ácido Resistente no Escarro (BAAR).

Você sabe como deve ser coletado o escarro para o exame?

- Deve-se solicitar duas amostras. A primeira no momento em que o usuário procura a unidade de saúde e a segunda no dia seguinte pela manhã, após lavar a boca (não escovar os dentes) e inspirar profundamente, tossir expectorando no recipiente;
- A boa amostra é aquela composta de secreção da árvore brônquica e não de secreção da faringe, nasal ou saliva;
- Identificar o recipiente de coleta com o nome da pessoa e a data;
- O material coletado deve seguir para análise de preferência no mesmo dia da coleta e até a chegada do transporte deve ficar na geladeira.

Outros exames:

Cultura para pesquisa de BAAR: deve ser solicitado para aqueles com suspeita de tuberculose pulmonar e bacterioscopia do escarro negativa, suspeita de resistência bacteriana às drogas (avaliar sensibilidade às drogas) e nas pessoas com HIV/AIDS com suspeita de infecção por outra microbactéria;

Radiografia de Tórax: auxilia no diagnóstico e acompanhamento dos casos com escarro positivo (acompanha regressão da lesão durante tratamento). Os achados mais frequentes e sugestivos de Tuberculose pulmonar são as cavitações mais frequentes nos segmentos ápico-posteriores dos lobos superiores ou superiores dos lobos inferiores e apresentam-se em 40% a 45% dos casos;

Prova Tuberculínica – PPD: a prova tuberculínica é indicada como método auxiliar no diagnóstico da tuberculose. Pessoa reatora ao teste isoladamente é um indicativo tão somente da presença de infecção, não sendo suficiente para o diagnóstico da tuberculose;

0 a 4 mm: não reator – indivíduo não infectado pelo *Mycobacterium tuberculosis* ou com hipersensibilidade reduzida;

5 a 9 mm: reator fraco – indivíduo infectado pelo *M. tuberculosis* ou por outras micobactérias;

10 mm ou mais: reator forte – indivíduo infectado pelo *M. tuberculosis*, que pode estar ou não doente, e indivíduos vacinados com BCG nos últimos dois anos.

É importante ressaltar que todo indivíduo com diagnóstico de Tuberculose pulmonar deve ser investigado para coinfeção pelo HIV.

Tratamento:

Uma das principais causas de resistência bacteriana do *Mycobacterium tuberculosis* é a interrupção e a descontinuidade de tratamento. Vocês já devem ter acompanhado alguns casos em que o usuário inicia o tratamento e dentro de aproximadamente 1 mês sente-se bem (volta ganhar peso, melhora da tosse e estado geral) e suspende o uso da medicação. Então, salientamos a importância do trabalho em equipe, da educação e do acompanhamento dos indivíduos com Tuberculose pulmonar. E quando necessário, o tratamento supervisionado, ou seja, a administração da medicação pela equipe, diariamente.

O tratamento do indivíduo com tuberculose pulmonar tem duração de 6 meses. O esquema terapêutico básico é Rifampicina (R) + Hidrazida (H) + Pirazinamida (Z). Também conhecido como RHZ¹⁰.

10 O RHZ é utilizado como escolha para casos novos de todas as formas de tuberculose pulmonar e extrapulmonar, com exceção de meningite tuberculosa.

A primeira fase do tratamento consiste em RHZ por dois meses, e a segunda fase consiste em RH por quatro meses. Os fármacos devem ser administrados em jejum, em uma única dose.

A estratégia *Directly Observed Therapy Supervised* (DOTS), busca ativa e acompanhamento são os instrumentos básicos da Equipe de Saúde da Família e encontram-se em fase de implantação pelo Ministério da Saúde.

A rifampicina interfere na ação dos contraceptivos orais, devendo as mulheres em idade fértil, em uso dessas drogas, receberem orientação para utilizar outros métodos anticoncepcionais.

É importante a realização de consulta pela equipe e baciloscopia mensal para controle do tratamento.

Devem ser encaminhados para Unidade de Referência (pneumologia ou infectologia), os seguintes casos:

- quando houver antecedentes ou evidências clínicas de hepatopatia aguda (hepatite) ou crônica (cirrose, hepatopatia alcoólica);
- se a pessoa está vivendo com HIV/AIDS;
- quando houver antecedentes ou evidências clínicas de nefropatias (insuficiência renal crônica, pessoas em regime de diálise).

4.3 Pneumonia comunitária no adulto

A pneumonia ainda é uma causa importante de morbidade e internações hospitalares. Que tal pesquisar qual a morbidade hospitalar e a mortalidade por pneumonia no seu município? Estes dados são obtidos nos sistemas de informação SIAH-SUS e SIM.

A pneumonia comunitária pode ser definida como a infecção do parênquima pulmonar em indivíduos que estão fora do ambiente hospitalar.

O agente mais frequentemente identificado nas pneumonias comunitárias é o *Streptococcus pneumoniae*. Outros agentes causadores de pneumonia comunitária são o *Haemophilus influenzae*, *Mycoplasma pneumoniae* e *Clamídia* sp, entretanto, em menor frequência que o pneumococo.

Não existe sinal ou sintoma que isoladamente confirme ou afaste o diagnóstico de pneumonia. O diagnóstico de pneumonia deve ser considerado nas pessoas com sintomas respiratórios de tosse, expectoração ou dispneia, sobretudo se acompanhado de febre e sinais de consolidação à ausculta pulmonar (estertores, diminuição do MV).

A radiografia de tórax tem papel significativo, especialmente para avaliar a gravidade do caso. Se há comprometimento de mais de um lobo, lesões bilaterais ou rapidamente progressivas, derrame pleural de moderado ou grande volume e necrose do parênquima, são sinais indicativos de gravidades que, junto com quadro clínico, podem levar a decisão de internação hospitalar. Na pneumonia típica, o achado mais comum é o consolidado pulmonar, enquanto que nas atípicas, existe infiltrado pulmonar difuso.

No âmbito da atenção básica, a realização do diagnóstico etiológico é limitada pelo acesso aos exames necessários. Assim, na maioria das vezes, o tratamento instituído é empírico (sem determinação do agente etiológico). Ao escolher o antibiótico, deve-se levar em conta os microorganismos mais prováveis, fatores de riscos individuais e perfil microbiológico da comunidade.

Os consensos americanos colocam como primeira escolha para o tratamento ambulatorial de pneumonia em indivíduos sem comorbidades, os antibióticos macrolídeos, fluoroquinolonas ou doxaciлина. Como alternativa, colocam a Amoxicilina + Clavulanato, Cefuroxima e Cefzoprovil. O consenso europeu recomenda Amoxicilina na dose de 500mg a 1g a cada 8 horas para o tratamento ambulatorial. O consenso brasileiro indica o macrolídeo ou fluoroquinolona como primeira escolha para pessoas atendidas no ambulatório e a amoxicilina como alternativa.

A duração do tratamento é de 7 a 10 dias. Uma avaliação 48 horas após o início do antibiótico deve ser realizada para avaliar a necessidade de hospitalização.

Todos os consensos recomendam as fluoroquinolonas antipneumocócicas para os indivíduos com fator de risco ou doenças associadas.

O antibiótico deve ser iniciado em 8 horas após o diagnóstico, pois esta medida diminui a mortalidade.

Quando encaminhar usuário com pneumonia comunitária à hospitalização?

Existe um instrumento que classifica o risco de mortalidade dos indivíduos por pneumonia através de um escore e pode ser utilizado na decisão de manejo ambulatorial ou hospitalar da pneumonia comunitária. Este índice é bastante consolidado e utilizado. Veja no quadro abaixo.

	PONTOS
Sexo Masculino	Idade
Sexo Feminino	Idade - 10
Paciente institucionalizado	+10
Doença neoplásica	+30
Doença hepática	+20
Insuficiência cardíaca	+10
Doença cerebrovascular	+10
Doença renal	+10
Confusão mental	+20
Frequência respiratória maior que 30mm	+20
Pressão arterial sistólica menor que 90mmHg	+20
Temperatura menor que 35 ou maior que 40°C	+15
Frequência cardíaca maior que 125	+10
pH menor que 7,35	+30
Ureia maior ou igual a 30	+20
Sódio menor que 130	+20
Glicose maior que 250	+10
Hematócrito menor que 30%	+10
PaO2 menor que 60 e saturação de O2 menor que 90%	+10
Derrame pleural	+10
Total de pontos	

Quadro 6 – Classificação de risco de mortalidade por pneumonia
Fonte: DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2004.

4.4 Hepatites virais

A inflamação das células do fígado (hepatócitos e outros), denominada hepatite, pode ter diversas causas, entre elas a infecção por diferentes cepas virais. As hepatites virais são provocadas por agentes etiológicos distintos, que têm em comum o tropismo primário pelo tecido hepático e que também demonstram particularidades na forma como atingem as populações, embora tenham características epidemiológicas, clínicas e laboratoriais semelhantes. As hepatites virais apresentam distribuição universal, mas sua magnitude varia nas diferentes regiões do país e do mundo. Vejamos alguns exemplos destas especificidades (BRASIL, 2008b):

- As hepatites A e E têm alta prevalência nos países em desenvolvimento e relação com insatisfatórias condições sanitárias e socioeconômicas;
- A hepatite B tem reduzida sua prevalência em países onde a vacinação foi implementada, porém, permanece alta em populações mais expostas ao vírus (profissionais de saúde, pessoas em hemodiálise, usuários de drogas injetáveis, etc.) e onde a transmissão vertical e horizontal intradomiciliar não é controlada;
- A infecção pelo vírus da hepatite D ocorre em áreas com prevalência moderada a alta de hepatite B crônica (vírus delta depende do vírus B para ser infectante);
- Há carência de estudos sobre a prevalência de Hepatite C no país (variava de 0,28% a 0,62% nas regiões Centro-Oeste e Norte, em 2002), uma vez que a transmissão da hepatite via transfusão sanguínea e hemoderivados tornou-se rara pós-implantação das testagens em bancos de sangue;
- A hepatite E é responsável por surtos e quadros graves, especialmente em gestantes. No Brasil, não foram registradas epidemias, apenas casos isolados.

A Organização Pan-Americana de Saúde estima cerca de 130 casos novos de hepatite A e E por 100 mil habitantes ao ano no Brasil, com exposição ao vírus por mais de 90% da população maior de 20 anos. E, para a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2012), 2 bilhões de pessoas no mundo já tiveram contato com o vírus da hepatite B e cerca de 325 milhões tornaram-se portadores crônicos.

Os padrões de distribuição da hepatite B foram definidos como de alta endemicidade (prevalência superior a 7%), endemicidade intermediária (prevalência entre 2% e 7%) e baixa endemicidade (prevalência abaixo de 2%). A região Sul é considerada de baixa endemicidade, mas mantém prevalência moderada no oeste de Santa Catarina e alta endemicidade no oeste do Paraná.

A hepatite delta concentra-se na Amazônica Ocidental (uma das maiores incidências mundiais, por condições ambientais, sociais, culturais e genéticas da população), onde ocorrem surtos epidêmicos ictero-hemorrágicos e alta prevalência de hepatopatias crônicas e hepatocarcinoma entre portadores.

A vigilância epidemiológica das hepatites virais no Brasil utiliza o sistema universal e passivo, baseado na notificação de casos suspeitos. O número de notificações não reflete a real incidência da infecção, pois a grande maioria dos acometidos apresenta formas assintomáticas ou oligossintomáticas, sendo dificilmente captados. Estados e municípios estão em diferentes estágios de implantação, refletindo diferentes níveis de sensibilidade e de capacitação das equipes das vigilâncias epidemiológicas. (BRASIL, 2012c, p. 1).

Você tem informações sobre a existência de casos de hepatite crônica em sua área de abrangência? Aliás, em que situações pode ser considerado que um caso se tornou crônico?

Do mesmo modo que é importante reconhecer os diferentes tipos de hepatites, é preciso não perder de vista que um cuidado integral só poderá ser alcançado pela articulação de diferentes ações e competências, desenvolvidas em cada nível de complexidade e organização do Sistema Único de Saúde. Neste caso, é relevante conhecer algumas ações de cada nível, para um efetivo encaminhamento e continuidade do cuidado, conforme se demonstra no quadro síntese proposto pelo Ministério da Saúde:

COMPETÊNCIAS NOS NÍVEIS DE ATENDIMENTO DAS HEPATITES VIRAIS NO SUS	
UNIDADES	COMPETÊNCIAS
Unidade Básica de Saúde, PSF, CTA	Atenção Básica Promoção da Saúde Prevenção Aconselhamento e triagem sorológica Acompanhamento de pacientes
Serviços Especializados (Média Complexidade)	Todas as atividades descritas para Atenção Básica para a população da sua área de abrangência Exames confirmatórios Biópsia hepática (local ou referenciada) Definição da necessidade de tratamento Tratamento e manejo clínico de pacientes
Centro de Referências (Alta complexidade - por ex.: Hospitais Universitários)	Todas as atividades descritas para os níveis anteriores para a população da sua área de abrangência Protocolos de pesquisa Acompanhamento de pacientes em situações especiais (falha terapêutica, co-infecção com HIV etc.)

Quadro 7 – Competências nos níveis de atendimento das hepatites virais no SUS
Fonte: Brasil, 2006a.

A persistência sem melhoras, por mais de seis meses, do quadro inflamatório agudo, indica que a infecção está evoluindo para a forma crônica.

4.4.1 Ações contra as hepatites virais

As hepatites virais A e E estão relacionadas a condições de vida, saneamento básico, nível socioeconômico da população e, também, educação sanitária da população. A exposição ao HAV, vírus da hepatite A, pode ocorrer em idades precoces, e as formas subclínicas (anictericas) dificultam o diagnóstico e o tratamento. Para todas as hepatites virais, a Educação e prevenção são fundamentais.

Segue abaixo um rol de medidas de prevenção às hepatites:

- as hepatites A e B podem ser prevenidas pela utilização da vacinas específicas contra o vírus A e B;
- indivíduos infectados devem ser orientados a não doar sangue, esperma ou qualquer órgão para transplante;
- educação e divulgação do problema são fundamentais para prevenir a hepatite B e C e outras DST;
- orientações adequadas para as pessoas infectadas podem reduzir a transmissão e a prevenção de novos casos;
- usuários de drogas injetáveis poderão ser incluídos em programas de redução de danos, receber equipamentos para uso individual e orientações sobre o não compartilhamento de agulhas, seringas ou canudos;
- profissionais da área da saúde são responsáveis pelo uso de equipamentos de proteção individual.

A partir dessas formas de prevenção pense em possibilidades de atuação no seu contexto de trabalho. Compartilhe estas informações com a população adscrita, desenvolva projetos de educação em saúde com metodologias ativas em que a comunidade possa sugerir e aplicar algumas práticas preventivas na comunidade.

A vacina contra o vírus da hepatite A é disponibilizada pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI) nas seguintes situações:

- pessoas com outras doenças hepáticas crônicas que sejam suscetíveis à hepatite A;
- receptores de transplantes alogênicos ou autólogos, após transplante de medula óssea;
- doenças que indicam esplenectomia;
- candidatos a receber transplantes autólogos de medula óssea, antes da coleta, e doadores de transplante alogênico de medula óssea.

Já a vacinação contra a Hepatite B é disponível no SUS para as seguintes situações: faixas etárias específicas: menores de um ano de idade, a partir do nascimento, preferencialmente nas primeiras 12 horas após o parto ou o mais precocemente possível, e crianças e adolescentes entre um e 19 anos de idade. Para todas as faixas etárias de doadores regulares de sangue, populações indígenas, comunicantes domiciliares de portadores do vírus da Hepatite B, portadores de Hepatite C, usuários de hemodiálise, politransfúndidos, hemofílicos, talassêmicos, portadores de anemia falciforme, portadores de neoplasias, portadores de HIV (sintomáticos e assintomáticos), usuários de drogas injetáveis e inaláveis, pessoas reclusas (presídios, hospitais psiquiátricos, instituições de menores, forças armadas), carcereiros de delegacias e penitenciárias, homens que fazem sexo com homens, profissionais do sexo, profissionais de saúde, coletadores de lixo hospitalar e domiciliar, bombeiros, policiais militares, civis e rodoviários envolvidos em atividade de resgate.

O uso de imunoglobulina humana antivírus da hepatite B é indicada nas seguintes situações: recém-nascidos de mães portadoras do HBsAg; contatos sexuais com portadores do vírus ou com infecção aguda (o mais cedo possível e até 14 dias após a relação sexual); vítimas de violência sexual (o mais cedo possível e até 14 dias após o estupro); acidentes ocupacionais segundo Manual de Exposição Ocupacional.

A equipe de saúde deve acompanhar usuários com hepatites virais a fim de ajudá-los a replanejar suas rotinas, reconhecendo suas limitações e necessidades, orientando acerca da necessidade de repouso, uma exigência da própria condição de adoecimento. Esse acompanhamento poderá ser domiciliar, na unidade de saúde ou ambulatório, numa periodicidade a ser avaliada, também considerando as necessidades de: cuidados voltados aos sintomas (digestivos, febre, astenia); controles do peso e de exames; o tratamento medicamentoso de algumas formas crônicas (geralmente referenciado para especialidade). Tal avaliação poderá ajudar a definir o tipo de acompanhamento por parte de cada profissional.

Problemas comuns, como a anorexia e à intolerância alimentar, prejudicam a aceitação alimentar. Daí ser conhecida a recomendação de dieta pobre em gordura e rica em carboidratos (facilitar a digestão): na verdade, a única restrição se refere a ingestão de álcool (abstinência por seis meses a um ano). As opções de dieta podem ser planejadas considerando as possibilidades e preferências.

4.5 Doenças sexualmente transmissíveis e AIDS

As Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST)¹¹ são conhecidas desde a antiguidade e estão entre os problemas de saúde pública mais comuns em todo o mundo, sendo apontadas entre as dez principais causas de procura por serviços de saúde, segundo a Organização Mundial da Saúde (TEMPORÃO, 2008a, 2008b).

A AIDS, uma das DST, é uma doença caracterizada por uma disfunção grave do sistema imunológico do indivíduo infectado pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV). Sua evolução é marcada por uma considerável destruição de linfócitos T CD4+ e pode ser dividida em três fases: infecção aguda, pode não surgir algumas semanas após a infecção inicial, com manifestações variadas que podem se assemelhar a um quadro gripal, ou mesmo a uma mononucleose. Nessa fase, os sintomas são autolimitados e quase sempre a doença não é diagnosticada devido à semelhança com outras doenças virais. Em seguida, a pessoa infectada entra em uma fase assintomática, de duração variável de alguns anos.

A doença sintomática, da qual a AIDS é a sua manifestação mais grave da imunodepressão, é definida por diversos sinais, sintomas como: febre prolongada, diarreia crônica, perda de peso importante (superior a 10% do peso anterior), sudorese noturna, astenia e adenomegalias.

As infecções oportunistas surgem ou reativam-se em decorrência da AIDS, tais como tuberculose, pneumonia por *Pneumocystis Carinii*, toxoplasmose cerebral, candidíase e meningite por criptococos, dentre outras. Tumores raros em indivíduos imunocompetentes, como o sarcoma de Kaposi, Linfomas Não Hodgkin podem surgir, caracterizando o quadro de AIDS. A ocorrência de formas graves ou atípicas de doenças tropicais, como Leishmaniose e doença de Chagas, tem sido observada no Brasil. A história natural da doença vem sendo modificada pelos antirretrovirais que retardam a evolução da infecção até o seu estágio final.

4.5.1 A AIDS e as políticas públicas de saúde

A AIDS foi conhecida pela sociedade já tomando forma de epidemia, trazendo a forte marca da letalidade, uma vez que os primeiros indivíduos acometidos pela doença tinham uma expectativa de meses de vida, em virtude da inexistência de tratamentos com expectativa de cura ou de controle da doença. O pavor criado em torno da AIDS coincidiu com a desinformação da sociedade e da própria

11 Atualmente, alguns autores têm usado a denominação infecção sexualmente transmissível (IST) em vez de *doença sexualmente transmissível* (DST). No entanto, visto que o maior número de publicações ainda utiliza esta nomenclatura e mantendo consonância com a denominação do Programa Nacional DST/AIDS e os Programas Estaduais e Municipais em DST/AIDS, opta-se aqui pelo uso de 'DST'.

ciência biomédica, que apresentou dificuldades em compreender os mecanismos do vírus HIV (BARATA, 2007). Pelas repercussões desta doença na população mundial por quase três décadas, a AIDS suscitou o interesse de diversas áreas de conhecimento, buscando-se um entendimento da epidemia em suas dimensões biológicas, sociais, antropológicas, psicológicas, entre outras.

No Brasil, o primeiro caso de AIDS foi identificado em 1980, e sua disseminação progressiva alcançou mais da metade dos municípios brasileiros, chegando a uma estimativa de cerca de 620 mil pessoas vivendo com HIV em 2008, apontando atualmente para um processo de estabilização.

Atualmente, o Brasil apresenta 1/3 das pessoas que vivem com o HIV na América Latina. De acordo com dados do DATASUS, no ano de 2007, a exposição entre homens foi distribuída em: heterossexual (43,7%); seguida de homossexual (18,3%) e usuários de drogas injetáveis (UDI) (7,5%). Já entre as mulheres, neste período observa-se a seguinte distribuição: heterossexual (93,7%); seguida de usuárias de drogas injetáveis UDI (2,8%). Em relação à proporção homem/mulher, os dados apresentaram-se como sendo 1: 1,68 mulheres (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE, 2012).

Em todo o país, a epidemia de HIV/AIDS tem avançado entre as populações mais vulneráveis socioeconomicamente, estando ligada à pobreza, ao racismo, à desigualdade de gênero, à opressão sexual e à exclusão social (PARKER; CAMARGO, 2000; TEMPORÃO, 2008a, 2008b).

A AIDS, reconhecida como a DST de maior gravidade, chamou a atenção para o problema de saúde pública representado pelas demais DST. Resgatamos a sífilis como exemplo desta problemática, que, apesar de ter seu agente etiológico, patogenia e diagnóstico conhecidos, ter uma terapia eficaz e ser facilmente prevenível, sua prevalência permanece desafiando os serviços de saúde pública ao longo dos anos. Esta preocupação também se estende às demais DST, pois a prevenção e o tratamento destas doenças constituem-se como importantes estratégias no controle da epidemia da AIDS, já que sua ocorrência aumenta tanto a vulnerabilidade de adquirir o vírus do HIV como de transmiti-lo. Neste sentido, a AIDS trouxe um alerta para o mundo sobre a prática do sexo seguro e a necessidade de um investimento intenso nos programas de prevenção entre a população (ROCHA, 2002).

Em seu período inicial, a epidemia da AIDS foi reconhecida como um problema que exigia respostas urgentes. Deste modo, o Ministério da Saúde brasileiro reconheceu oficialmente a AIDS como um problema de saúde pública no ano de 1985, criando o Programa Nacional da AIDS, estabelecendo as primeiras diretrizes e

normas para o enfrentamento da epidemia, propondo como atividades um sistema formal de vigilância epidemiológica. As normas para o combate da AIDS tinham inicialmente como alvo os homossexuais e os bissexuais masculinos, hemofílicos e politransfundidos e usuários de drogas injetáveis. Naquela ocasião, a AIDS foi inserida no cenário nacional no momento em que o país passava por uma série de transformações políticas, representada no campo da saúde pelo movimento da reforma sanitária, pela crise política do regime militar e o início do processo de redemocratização, fatos estes que se configuraram como pano de fundo para a construção de políticas públicas em resposta a epidemia (MARQUES, 2002).

O Sistema Único de Saúde coevoluiu com o Programa DST e AIDS, uma vez que tais políticas tiveram sua gênese no mesmo período histórico, partindo de princípios filosóficos comuns, estando ainda em processo de construção e execução. A emergência da epidemia da AIDS ‘acelerou’ alguns processos nesta política setorial em relação ao SUS como um todo, fazendo com que muitas vezes esta política não fosse percebida como “SUS” (VENTURA, 2005).

Inicialmente, o sistema de saúde brasileiro começou a distribuir medicamentos específicos para as doenças oportunistas (1988) e a zidovudina (1991), mais conhecida como AZT. O convênio com o banco mundial (BIRD) é uma parceria que perdurou durante 13 anos, desde a instituição do Projeto AIDS I, aplicado no ano de 1993 a 1998, trazendo como principais objetivos a redução da incidência e transmissão do HIV e doenças sexualmente transmissíveis (DST) e fortalecimento das instituições públicas e privadas responsáveis pelo controle das DST e HIV/AIDS no Brasil. O Projeto AIDS II, instituído de 1999 a meados de 2003, manteve a continuidade destas ações, e o Projeto AIDS III, vigente até o final de 2006, se destinou a aumentar a capacidade de combater a epidemia e reduzir seu impacto, através da melhoria da cobertura e da qualidade das intervenções de prevenção e assistência, da progressiva descentralização das ações, do fortalecimento da administração através da monitorização e avaliação das suas ações, da introdução de novas tecnologias voltadas ao tratamento, do desenvolvimento de vacinas, e da eliminação da discriminação e do estigma associados ao HIV/AIDS (MARQUES, 2002; BRASIL, 2005).

Em 1996, o Brasil adotou uma política de distribuição de antirretrovirais para todas as pessoas acometidas pela doença, mesmo contra as recomendações e advertências do Banco Mundial. Essa política trouxe mudanças relevantes para os indivíduos acometidos pela doença, como a redução da morbidade, mortalidade e, conseqüentemente, uma melhor qualidade de vida. Ainda nesse período, desenvolveu-se uma rede de alternativas assistenciais em todas as regiões do país: Serviços Ambulatoriais Especializados (SAE), Hospitais-Dia (HD) e Serviços de Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT), além dos hospitais convencionais. Várias ONGs criaram casas de apoio, casas de passagem e grupos de convivência, para o desenvolvimento de atividades de forma complementar às assistenciais oficiais (BRASIL, 2005).

Em 1998, laboratórios públicos passaram a produzir alguns antirretrovirais e, em 2000, o Brasil começou a produzir sete dos doze antirretrovirais distribuídos nacionalmente. Em 2005, o Ministério da Saúde adotou o licenciamento compulsório de um dos antirretrovirais de segunda linha, efetuando a quebra de patentes, devido à falta de acordo com laboratórios fabricantes em virtude do alto custo deste medicamento. Tal medida tornou-se necessária para garantir a sustentabilidade do programa de combate à AIDS, permitindo que, ainda nesse ano, cerca de 170.000 pessoas fossem beneficiados pela referida política (MALISKA, 2005).

Em escala mundial, de acordo com o Relatório da UNAIDS, estima-se que existam, atualmente, 33,22 milhões de pessoas vivendo com HIV em todo o mundo e que tenham ocorrido 2,5 milhões de novas infecções em 2007. Na América Latina, tal relatório afirma que a epidemia se mantém estável, estimando-se que 1,6 milhão de pessoas estejam vivendo com HIV nesta região, com a incidência de 100 mil casos novos no ano de 2007 (UNAIDS, 2005).

Embora o “Programa Nacional DST/AIDS” abarque a questão das doenças sexualmente transmissíveis, percebemos que as outras DST acabam ficando na “sombra” da AIDS. Este fato se explica em parte pela gravidade desta doença e sua relevância social e política, conferida desde o início da epidemia, que serviu de mola propulsora para o desenvolvimento de ações no campo da atenção à saúde e de ações de prevenção, ambas visando seu controle. Neste contexto, acreditamos que as demais DST foram beneficiadas por estarem incluídas neste programa, sendo abordadas nos programas de prevenção e com a previsão de insumos para assistência, conferindo-lhes maior visibilidade quando comparadas ao período anterior da epidemia da AIDS. Como exemplo, trazemos a questão da sífilis, considerada pelo Ministério da Saúde como a principal DST depois da AIDS, por suas graves consequências quando não tratada adequadamente, especialmente na ocorrência da transmissão vertical.

Por este motivo, em 1º de dezembro de 2004 (Dia Mundial da Luta contra a AIDS), as campanhas tiveram a mulher como tema, abordando a oferta dos testes de AIDS e sífilis na gravidez.

Mesmo com testes gratuitos e tratamento fácil e acessível, a sífilis em gestantes tem três vezes maior incidência que a AIDS. Estima-se que cerca de 1,1% da população brasileira – em torno de 937 mil pessoas – é infectada pela sífilis todos os anos, e que aproximadamente 60 mil gestantes (1,7% das mulheres grávidas) são portadoras da infecção.

A grande preocupação no caso de gestantes com sífilis é a transmissão para o bebê durante a gravidez. Embora o tratamento seja simples, cerca de 70% das gestantes infectadas transmitem a doença aos bebês por não fazerem o tratamento adequado. A sífilis na gestação pode provocar graves problemas de saúde na criança ou levar ao aborto. Para reverter esta situação, o Ministério da Saúde tem investido em ações que ampliem o diagnóstico precoce e o tratamento adequado (BRASIL, 2005). Segundo a Organização Mundial da Saúde as DST representam ônus para a população, sendo a prevalência das DST curáveis na população em geral cerca de 5%, a prevalência de sífilis em gestantes é maior ou igual a 1%, e a prevalência das DST curáveis é maior que 10% em certas subpopulações, como homens e mulheres em situação de prostituição, jovens, usuários de drogas injetáveis (BRASIL, 2006a). São denominadas DST curáveis: sífilis, gonorreia, tricomoníase, infecção por clamídia, etc.

No Brasil, as DST que fazem parte da lista nacional de doenças de notificação compulsória compreendem apenas os casos de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), de gestantes com soropositividade para HIV, crianças expostas ao HIV, gestantes com sífilis e crianças com sífilis congênita. Para as outras DST, não há um sistema de notificação compulsória e faltam estudos de base populacional que possam dar visibilidade ao problema e implantação de intervenções prioritárias, avaliação de sua efetividade e seu redirecionamento (BRASIL, 2006b). Do mesmo modo, percebemos que, no campo acadêmico, a produção científica relacionada à AIDS é vasta, nacional e internacionalmente, em diversas áreas do saber. No entanto, em relação à sífilis e demais DST, observa-se produção científica escassa, demonstrando o pouco interesse pela comunidade científica em relação a estas doenças. Você já refletiu sobre isso? Por que a AIDS produz maior interesse entre os pesquisadores? Pense nisso!

O desenvolvimento da doença nos indivíduos é dividido em dois períodos: o período de incubação e o período de latência. O primeiro deles é o período compreendido entre a infecção pelo HIV e o aparecimento de sinais e sintomas da fase aguda, podendo variar de cinco a 30 dias. Não há consenso sobre o conceito desse período em AIDS. Já o período de latência é aquele compreendido entre a infecção pelo HIV e os sintomas e sinais que caracterizam a doença causada pelo HIV/AIDS. Sem o uso dos antirretrovirais, as medianas desse período estão entre 3 e 10 anos, dependendo da via de infecção.

O indivíduo infectado pelo HIV pode transmiti-lo durante todas as fases da infecção, sendo este risco proporcional à magnitude da viremia.

4.5.2 Diagnóstico e tratamento

A detecção laboratorial do HIV é realizada por meio de técnicas que pesquisam anticorpos, antígenos, material genético (biologia molecular) ou que isolem o vírus (cultura). Os testes que pesquisam anticorpos (sorológicos) são os mais utilizados para indivíduos com mais de 18 meses. O aparecimento de anticorpos detectáveis por testes sorológicos ocorre em torno de 30 dias após a infecção em indivíduos imunologicamente competentes.

Denomina-se janela imunológica esse intervalo entre a infecção e a detecção de anticorpos por técnicas laboratoriais. Nesse período, as provas sorológicas podem ser falso-negativas. Para os menores de 18 meses, pesquisa-se o RNA ou o DNA viral, visto que a detecção de anticorpos nesse período pode ser devida à transferência passiva de anticorpos maternos ocorrida durante a gestação, razão pela qual os testes sorológicos não devem ser realizados.

Devido à importância do diagnóstico laboratorial, particularmente pelas consequências de se rotular um indivíduo como HIV positivo, o Programa Nacional de DST e AIDS, da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, regulamentou os procedimentos de realização dos testes por meio da Portaria Ministerial n. 59, de 28 de janeiro de 2003, que devem ser rigorosamente seguidos, de acordo com a natureza de cada situação (BRASIL, 2003).

Diagnóstico diferencial: imunodeficiências por outras etiologias, como tratamento com corticosteroides (prolongado ou em altas doses), tratamentos com imunossupressores (quimioterapia antineoplásica, radioterapia); algumas doenças como doença de Hodgkin, leucemias linfocíticas, mieloma múltiplo e síndrome de imunodeficiência genética.

Nos últimos anos, foram obtidos grandes avanços no conhecimento da patogênese da infecção pelo HIV e várias drogas antirretrovirais em uso combinado, chamado de coquetel, se mostram eficazes na elevação da contagem de linfócitos T CD4+ e redução nos títulos plasmáticos de RNA do HIV (carga viral), diminuindo a progressão da doença e levando a uma redução da incidência das complicações oportunistas, da mortalidade, e a uma maior sobrevida e à significativa melhora na qualidade de vida dos indivíduos. A partir de 1995, o tratamento com monoterapia foi abandonado, passando a ser recomendação, do Ministério da Saúde, a utilização de terapia combinada com 2 ou mais drogas antirretrovirais.

São numerosas as possibilidades de esquemas terapêuticos indicados pela Coordenação Nacional de DST e AIDS, que variam, em adultos e crianças, com curso ou não de doenças oportunistas, e dependem da carga viral e da dosagem de CD4+. Por esse motivo, recomenda-se a leitura do Recomendações para Terapia Antirretroviral em Crianças Infectadas pelo HIV-2004 e do Recomendações para Terapia Antirretroviral em Adultos e Adolescentes Infectados pelo HIV-2008,

ambos distribuídos pelo Ministério da Saúde e Secretarias de Estado de Saúde para instituições que manejam tais situações de doença.

“Não menos importante é enfatizar que o Brasil é um dos poucos países que financia integralmente a assistência ao paciente com AIDS, com uma estimativa de gastos de 2% do orçamento nacional” (PARANÁ, 2010, p. 1).

A equipe de saúde tem um papel importantíssimo no sentido de orientar a comunidade sobre a importância das medidas preventivas, assim como da necessidade de realizar o teste anti-HIV para detecção precoce da doença e tratamento adequado. A atenção básica, mediante as ações informativas/educativas desenvolvidas na comunidade e nas UBS, promoverá maior conscientização da população em relação às DST. Consequentemente, haverá uma busca mais precoce dos serviços de saúde pelos indivíduos com suspeita de DST e de seus parceiros, transformando as unidades de saúde em verdadeiras portas de entrada do sistema de saúde, reduzindo com isso, a automedicação ou a procura da resolução dos problemas de saúde em farmácias ou em outros locais da comunidade.

Abordagem Inicial do Adulto Infectado Pelo HIV

A abordagem inicial deve reforçar o vínculo e o fortalecimento da relação profissional-usuário. A anamnese deve ser realizada com especial atenção aos pontos apresentados no quadro a seguir. Além disto, é aconselhado realizar avaliação do risco cardiovascular através do escore de Framingham. Esta avaliação se justifica, pois com o uso da TARV há aumento do risco de eventos cardiovasculares.

NECESSIDADES E INFORMAÇÕES PARA O MANEJO	ASPECTOS A SEREM ABORDADOS
Reação emocional ao diagnóstico	Avaliar o apoio familiar e social.
Informações específicas sobre a infecção pelo HIV	Revisar a data do primeiro exame anti-HIV Documentação do teste; Tempo provável de soropositividade; Situações de risco para infecção; Presença ou história de doenças oportunistas; Contagem de CD4+ ou carga viral anterior; Uso anterior de TARV* e eventos adversos prévios; Compreensão acerca da doença: explicação sobre; transmissão, história natural, significado da contagem CD4+, carga viral e TARV.
Abordagem do risco	Vida sexual; Utilização de preservativos; História de sífilis e outras DST; Abuso de tabaco, álcool e outras drogas; Uso injetável de drogas; Interesse em reduzir os danos à saúde.
História médica atual e passada	História de doença mental; História de tuberculose: PPD, doença e tratamento; Outras doenças; Hospitalização; Uso de práticas complementares e/ou alternativas.
História reprodutiva	Desejo de ter filhos; Métodos contraceptivos.
História social	Discutir a rede de apoio social (família, amigos, ONG); Condições de domicílio; Condições de alimentação; Emprego; Aspectos legais.
História familiar	Doenças cardiovasculares; Dislipidemias; Diabetes.

Quadro 8 – Necessidade e informações para o manejo
 Fonte: Brasil, 2008b.

No exame físico, deve-se atentar para os sinais da manifestação física da doença pelo HIV. O quadro a seguir, destaca alguns destes sinais no exame físico geral dos usuários.

SISTEMAS COMUMENTE ASSOCIADOS A MANIFESTAÇÕES DA INFECÇÃO PELO HIV NO EXAME INICIAL, EM PACIENTES	
Órgãos e sistemas	Orientações/manifestações associadas.
Pele	Pesquisar sinais de dermatite seborreica, foliculite, micose cutânea, molusco contagioso, Sarcoma de Kaposi.
Cabeça e Pescoço	Realizar, sempre que possível fundoscopia quando CD4 < 200. Na orofaringe, pesquisar candidíase oral e/ou leucoplasia pilosa.
Linfonodos	Pesquisar linfadenopatias.
Abdome	Pesquisar hepatomegalia ou esplenomegalia.
Neurológico	Pesquisar sinais focais e avaliar estado cognitivo.
Genital, Anal e Perianal.	Examinar a região, pesquisando corrimento, úlceras e verrugas (HPV).

Quadro 9 – Sistemas comumente associados a manifestações da infecção pelo HIV no exame inicial, em pessoas assintomáticas
Fonte: Brasil, 2008b.

Neste primeiro encontro, devem ser solicitados exames laboratoriais. A contagem de linfócitos T CD4+ estabelece o risco de progressão para AIDS. É o marcador mais importante para definir início de Terapia Antirretroviral. A carga viral deve ser solicitada quando a contagem de linfócitos T CD 4+ estiver próxima a 350 para estimar velocidade de deteriorização imunológica e aprazamento das novas solicitações de contagem de linfócitos T CD 4 +.

O PPD é importante marcador para o desenvolvimento de tuberculose em indivíduos com soropositividade para HIV. Deve ser solicitado e, quando negativo, solicitado anualmente a fim de orientar quimioprofilaxia com isoniaziada.

O quadro a seguir foi adaptado das Recomendações para Terapia Antirretroviral em Adultos infectados pelo HIV de 2008 produzidas pelo Ministério da Saúde. Mostra os exames que devem ser solicitados e sua periodicidade.

EXAMES LABORATORIAIS INICIAIS E PERIODICIDADE PARA PACIENTES ASSINTOMÁTICOS

EXAME	INICIAL	PERIODICIDADE	COMENTÁRIO
Hemograma	SIM	Repetir a cada 3–6 meses.	Repetir com maior frequência em sintomáticos ou quando em uso de drogas mielotóxicas.
Contagem linfócitos T CD4+	SIM	Repetir a cada 3–6 meses.	Repetir quando valores discrepantes e com maior frequência quando há tendência à queda.
Carga viral	SIM	Repetir quando Linfócitos T-CD4 próximo a 350 células.	A CV auxilia a decisão de iniciar TARV em pacientes assintomáticos com contagens de linfócitos T- CD4 entre 350 e 200 cels/mm3.
Função renal e hepática	SIM	Repetir 1 x ao ano	Repetição com maior frequência em pacientes em tratamento.
Exame básico de urina	SIM	-	Pesquisa de proteinúria associada ao HIV
Parasitológico de fezes	SIM	-	-
Citopatológico colo uterino	SIM	Repetir a cada 6 meses.	Se normal, repetição anual.
Citopatológico anal	CONSIDERAR	-	Pessoas que tenham prática receptiva anal. Está relacionado com presença de HPV.
PPD	SIM	Repetir anualmente, caso o inicial seja não-reator.	Nos casos com história de contato com tuberculose ou anteriormente PPD > 5mm, já está indicada a quimioprofilaxia, não sendo, portanto, necessário realizar o PPD.
Anti-HVA	OPCIONAL	-	Triagem somente para candidatos à vacina.
HbsAg e anti Hbc	SIM	-	Indicar vacina caso sejam negativos.
Anti-HCV	SIM	-	Repetir anualmente em pessoas com exposição.
VDRL	SIM	Repetir anualmente em pessoas sexualmente ativas.	-

EXAMES LABORATORIAIS INICIAIS E PERIODICIDADE PARA PACIENTES ASSINTOMÁTICOS

EXAME	INICIAL	PERIODICIDADE	COMENTÁRIO
Rx de Tórax	SIM	-	Cicatriz de tb sem tratamento prévio indica profilaxia com INH.
IGG para Toxoplasmose	SIM	Repetir anualmente, caso negativo.	-
Sorologia para HTLV I e II	CONSIDERAR	-	Apenas em pacientes com manifestações neurológicas sugestivas e/ou quando CD4 elevado e discrepante.
Sorologia para Chagas	SIM	-	Pacientes oriundos de área endêmica.
Perfil lipídico	SIM	Repetir pré-tratamento para monitorar dislipidemia.	-
Glicemia de jejum	SIM	Repetir a cada 3-4 meses para pacientes em TARV.	-

Quadro 10 – Exames laboratoriais iniciais e periodicidade para pessoas assintomáticas

Fonte: Brasil, 2008b.

Imunizações em portadores de HIV

As imunizações podem ser realizadas em pessoas que vivem com HIV desde que não apresentem déficit imunológico importante. Aqueles que apresentam contagem de linfócitos T CD4 + superior a 350 podem ser vacinados. Com a instituição de terapia antirretroviral e a recuperação imunológica, os indivíduos podem ser vacinados. Esta medida melhora a resposta à vacina e diminui a incidência de eventos pós-vacinais. O esquema básico de vacina para adultos infectados por HIV está exposto no quadro abaixo. É muito importante que a equipe de saúde esteja familiarizada com este esquema para orientar e aconselhar os usuários.

ESQUEMA VACINAL PARA ADOLESCENTES > 13 ANOS E ADULTOS INFECTADOS COM HIV

VACINA	ESQUEMA
Hib	Duas doses com intervalo de dois meses nos menores de 19 anos não vacinados.
Varicela	Não há dados que respaldem seu uso de rotina em adultos e adolescentes HIV+ suscetíveis à varicela. Avaliar risco/benefício individual conforme situação imunológica.
Febre amarela	Avaliar risco/benefício individual conforme situação imunológica e epidemiológica da região e, se necessário, aplicar.
DT	Três doses (0, 2, 4 meses) e reforço a cada 10 anos; gestantes devem seguir o calendário habitual.
Hepatite A	Para todos os indivíduos suscetíveis à hepatite A (anti-HAV negativo) portadores de hepatopatia crônica, incluindo portadores crônicos do vírus da hepatite B e/ou C. Vacina contra hepatite A duas doses (0 e 6 meses).

Quadro 11 – Esquema vacinal para adolescentes > 13 anos e adultos infectados com HIV
Fonte: Brasil, 2008b.

Tratamento

A grande dúvida na instituição da TARV é quando começar? Que medicações iniciar?

Com o passar dos anos e por meio das inúmeras pesquisas sobre o vírus HIV, o momento de instituição do tratamento, assim como os esquemas terapêuticos, foram se modificando. Discutiremos a seguir as atuais recomendações, com base no manual publicado pelo Ministério da Saúde em 2008.

Em indivíduos assintomáticos e com contagem de linfócitos T CD4 + acima de 350/mm³, não indica-se o início de TARV. Nesta situação, os benefícios da TARV não estão claros quando comparados aos riscos potenciais da TARV.

O início do tratamento em assintomáticos é recomendado para aqueles com contagem de linfócitos T CD4 + entre 200 e 350/mm³. Quanto mais próximo de 200 a contagem de CD4 +, maior a possibilidade de progressão para AIDS, especialmente se carga viral elevada.

Nos indivíduos com contagem de linfócitos T CD4 + inferior a 200, deve-se instituir o tratamento e também a quimioprofilaxia. Também na presença de sintomas ou doença definidora de AIDS, deve-se iniciar tratamento e quimioprofilaxia.

Doenças oportunistas na AIDS:

Candidíase de esôfago, traqueia, brônquios ou pulmões;
Carcinoma cervical invasivo;
Criptococose extrapulmonar;
Criptosporidíase com diarreia persistente por mais de um mês;
Doença por citomegalovírus de um órgão que não seja o fígado, o baço, ou linfonodos;
Histoplasmose extrapulmonar ou disseminada;
Infecção pelo herpes simples, com acometimento mucocutâneo, por mais um de
mês, ou visceral de qualquer duração;
Isosporíase com diarreia persistente;
Leishmaniose visceral em adulto;
Leucoencefalopatia multifocal progressiva;
Micobacteriose atípica disseminada;
Linfoma primário de cérebro;
Outros linfomas não Hodgkin de cels B;
Pneumonia por *Pneumocystis jiroveci*;
Reativação de doença de Chagas;
Sarcoma de Kaposi;
Sepse recorrente por *Salmonella*;
Toxoplasmose cerebral;
Tuberculose miliar, extrapulmonar ou disseminada.

Em situações excepcionais em que não há possibilidade de se realizar contagem de linfócitos T CD4 +, a introdução de terapia antirretroviral e de quimioprofilaxias para infecções oportunistas deve ser considerada mesmo para pessoas assintomáticas, quando o total de linfócitos estiver abaixo de $1.200/\text{mm}^3$ no hemograma, especialmente se a dosagem de hemoglobina estiver abaixo de 13 g/dl.

Como iniciar o tratamento?

Ao escolher o esquema antirretroviral, os seguintes critérios devem ser levados em conta:

- potencial de adesão ao regime prescrito;
- potencial de toxicidade imediata e em longo prazo;
- presença de comorbidades;
- uso concomitante de outros medicamentos;
- adequação do esquema à rotina de vida da pessoa;

- interação com alimentos;
- custo dos medicamentos.

A terapia antirretroviral deve conter 3 drogas: dois inibidores da transcriptase reversa análogos de nucleosídeos (ITRN) associados a um inibidor da transcriptase reversa não análogos de nucleosídeos (ITRNN) ou a um inibidor da protease reforçado com ritonavir (IP/r). Os dois esquemas possuem a mesma equivalência terapêutica. Porém, esquemas que associam ITRN + ITRNN são de posologia mais simples, o que facilita a adesão. Assim, a Recomendação do Ministério da Saúde é iniciar com ITRN + ITRNN em pessoas virgens de tratamento e os esquemas que associam ITRN + IP/r ficam como alternativos.

O AZT/3TC (zidovudina/lamivudina) é a dupla de ITRN de escolha para iniciar a TARV em conjunto com o Efavirenz (EFZ) como ITRNN.

Até onde o médico dá seguimento ao tratamento? Entendemos que o médico deve ser capaz de instituir o primeiro tratamento antirretroviral e conforme a organização do sistema de saúde local, ele dará seguimento ou não à TARV.

No quadro a seguir, listamos as principais medicações envolvidas na TARV e seus efeitos colaterais:

PRINCIPAIS EFEITOS COLATERAIS DAS MEDICAÇÕES MAIS UTILIZADAS NO TRATAMENTO HIV/AIDS

AZT ou zidovudina	Principal efeito é a mielotoxicidade, provocando anemia e neutropenia. Efeitos gastrintestinais são relativamente comuns e de fácil manejo.
3TC ou lamivudina	Raramente é envolvida em efeitos adversos
ABC ou abacavir	Pode provocar hipersensibilidade com febre, sintomas respiratórios ou gastrointestinais. Quando ocorre, a droga não deve ser reintroduzida, pois há risco de quadro fatal.
ddl ou didanosina	Intolerância gastrointestinal (diarreia, náuseas e vômitos), pancreatite, neuropatia periférica, acidose láctica e lipoatrofia. Vetada em gestantes.
TDF ou tenofovir	Boa tolerância. Raramente provoca insuf renal.
EFZ ou efavirenz	Rash cutâneo. Reações mais graves podem ocorrer, inclusive a Sdr de Steven Johnson. Pode provocar efeitos neurológicos que se apresentam como sonolência, insônia, sonhos vívidos e pesadelos. Esses efeitos podem ser leves, moderados ou graves.
NVP ou nevirapina	O exantema é mais comum do que com EFZ e pode ser mais grave. Elevações das enzimas hepáticas e hepatite também ocorrem.
LPVr ou lopinavi/ ritonavir	Intolerância gastrointestinal, parestesias periorais e de extremidade, aumento das enzimas hepáticas, dislipidemia, lipodistrofia, hiperglicemia e diabetes.
ATVr ou atazanavir/ritonavir	Hiperbilirrubinemia à custa de bilirrubina direta pode ocorrer, mas geralmente não leva à necessidade de troca. Risco de distúrbio condução cardíaca é evento mais raro.
NFV ou nelfinavir	Diarreia e como os outros inibidores da protease provocam eventos metabólicos como dislipidemia, lipodistrofia, hiperglicemia e diabetes.
SQVr ou saquinavir/ritonavir	A principal desvantagem é o levado número de comprimidos. E como os outros inibidores da protease provocam eventos metabólicos como dislipidemia, lipodistrofia, hiperglicemia e diabetes.

Quadro 12 – Principais efeitos colaterais das medicações mais utilizadas no tratamento HIV/AIDS
Fonte: Brasil, 2008b.

Profilaxia de Infecções Oportunistas

A prevenção de infecções oportunistas, em pessoas que vivem com HIV/AIDS, é considerada uma medida bastante efetiva para a redução da morbidade e da mortalidade. O médico deve instituir a quimioprofilaxia nas situações expostas no quadro a seguir.

QUIMIOPROFILAXIA PARA DOENÇAS OPORTUNISTAS EM IMUNOSSUPRIMIDOS

<i>Pneumocystis jirovecii</i> (CD4<200)	Sulfametoxazol + Trimetropin 800/160 1cp/dia
<i>Toxoplasma gondii</i> (CD4< 100)	Sulfametoxazol + Trimetropin 800/160 1cp/dia
<i>Mycobacterium tuberculosis</i> (Pacientes com PPD ≥ 5 mm ou história de contato com bacilífero ou Raio-X com cicatriz pulmonar)	Isoniazida (5-10 mg/kg/dia) máximo de 300 mg VO por dia + piridoxina 50 mg VO/dia, por seis meses.
Complexo <i>Mycobacterium avium</i> (CD4<50)	Azitromicina – 1200 mg VO por semana ou Claritromicina – 500 mg duas vezes por dia.

Quadro 13 – Quimioprofilaxia para doenças oportunistas em imunossuprimidos
Fonte: Brasil, 2008b.



Link

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Controle da Tuberculose.**
Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=31101>.

Para refletir

Os moradores de uma região do subúrbio de uma metrópole preocupam-se com o crescimento acentuado de usuários de drogas na comunidade, muitos deles, filhos de moradores locais. O líder comunitário relata a situação ao Agente Comunitário de Saúde que discute o caso com a enfermeira da unidade de saúde. A enfermeira faz um levantamento do número de casos de dependência química já atendidos pela equipe ou com suspeita de dependência. De posse destas informações, leva o caso à discussão com a equipe de saúde. Todos concluíram que tratava-se de um problema emergente na região nos últimos dois anos. Comprometidos em acolher esta necessidade da comunidade, os profissionais da ESF organizaram uma reunião para buscar soluções para o problema com a comunidade e auxílio do CAPSad presente naquela região. A proposta inicial foi o desenvolvimento de grupos educativos com usuários sobre os riscos de contaminação por doenças transmissíveis e com ações de redução de danos. Outra proposta foi a oferta de acompanhamento psicológico aos usuários e seus familiares. A intenção, nestes casos, não é a resolução imediata da situação, mas a promoção de espaços coletivos de discussão do problema, na perspectiva da corresponsabilidade, em que usuários e profissionais são responsáveis pela saúde da comunidade. Assim, além de proporem ações de promoção da saúde e atividades direcionadas ao tratamento e à reabilitação das pessoas, a equipe pode evitar que outros problemas de saúde se instalem e prejudiquem ainda mais as condições de vida desta população.

Você e sua equipe já propuseram ações de atenção integral à saúde dos usuários de drogas, sem culpabilizá-los por sua condição? Ponderem sobre os direitos em saúde desses usuários e sobre os preconceitos e discriminações que ainda persistem nos serviços de saúde.

Lembrem-se: saúde é direito de todos!

SÍNTESE DA UNIDADE

Nesta unidade, você revisou alguns conceitos básicos das doenças transmissíveis, aprofundou seu conhecimento sobre suas características, diagnósticos e tratamentos. Com certeza, os exemplos podem lhe estimular a rever conteúdos específicos que representem maior importância em sua realidade. Entre as doenças vistas aqui, estão as DST e você pôde perceber que assinalamos o fato de que, embora apenas a AIDS tenha grande visibilidade pública, inclusive das políticas públicas, outras DST também assolam a população. Como o controle das doenças transmissíveis depende de ações de prevenção, a equipe de saúde possui um importante papel neste contexto, propondo medidas educativas, esclarecendo e incentivando a população sobre os cuidados necessários para a prevenção das doenças e para a promoção da qualidade de vida. Esperamos ter contribuído para ajudar-lhe a acolher as necessidades dos usuários de sua comunidade em seu processo de trabalho.

REFERÊNCIAS

BARATA, G. A televisão contribuindo para a história das doenças. **Esboços**, Florianópolis, v. 13, n. 16, p. 127-146, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministério. Portaria n. 59, de 28 de janeiro de 2003. Dispõe sobre a sub-rede de laboratórios do Programa Nacional de DST e Aids. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, 30 jan. 2003. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt0059_28_01_2003.html>. Acesso em: 9 jun. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **A, B, C, D, E de hepatites para comunicadores**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/hepatites_abcd.pdf>. Acesso em: 5 jun. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. HIV/AIDS, hepatites e outras DST. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 18. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcd18.pdf>>. Acesso em: 14 maio 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Manual de controle das doenças sexualmente transmissíveis - DST**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_controle_das_dst.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde. **Dengue, esquistossomose, hanseníase, malária, tracoma e tuberculose**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Recomendações para terapia anti-retroviral em adultos infectados pelo HIV**. 7. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/judicializacao/pdfs/491.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2012.

BRASIL. Portal da Saúde. **Doenças transmissíveis com tendência descendente**. Brasília, 2012a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=21899>. Acesso em: 25 mai. 2012.

BRASIL. Portal da Saúde. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação**. Brasília, 2012b. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/index.php>>. Acesso em: 25 mai. 2012.

BRASIL. Portal da Saúde. **Doenças Transmissíveis:** hepatites virais. Brasília, 2012c. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=21920>. Acesso 9 jun. 2012.

DUNCAN, B. B. et al. (org.) **Medicina ambulatorial:** condutas de atenção primária baseadas em evidências. Porto Alegre: Artmed, 2004.

MALISKA, I. C. A. **O itinerário terapêutico de indivíduos portadores de HIV/AIDS.** 2005, 157 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2005.

MARQUES, M. C. C. Saúde e poder: a emergência política da AIDS/HIV no Brasil. **História, Ciências, Saúde** - Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 9, p. 41-65, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702002000400003&script=sci_arttext>. Acesso em: 29 mar. 2010.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. **Informações sobre o HIV.** Curitiba, 2010. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=32>>. Acesso em: 19 mar. 2010.

PARKER, R.; CAMARGO JUNIOR, K. R. Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, supl.1, 2000. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v16s1/2215.pdf>>. Acesso em: 21 mar. 2010.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE. **Indicadores e dados básicos para a saúde – 2008:** tema do ano: doenças emergentes e reemergentes. Brasília, 2012. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2008/tema.pdf>>. Acesso em: 25 mai. 2012.

ROCHA, M. M. Sífilis e AIDS. **Jornal Brasileiro de DST**, v. 14, n. 3, p. 29-33, 2002.

TEMPORÃO, J. G. **Resposta Positiva 2008:** a experiência do programa brasileiro de DST e AIDS. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a.

TEMPORÃO, J. G. Prefácio. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Prevalências e frequências relativas de doenças sexualmente transmissíveis (DST) em populações selecionadas de seis capitais brasileiras, 2005.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008b.

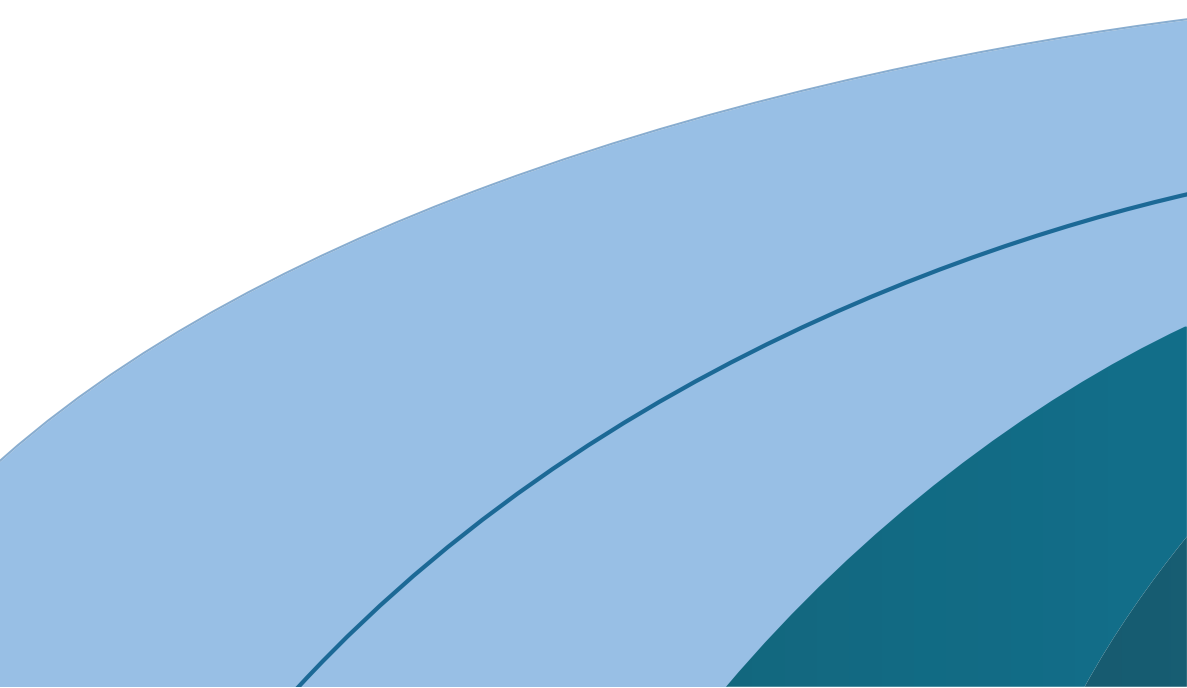
UNAIDS. **Intensificando a prevenção ao HIV:** documento referencial das políticas de prevenção. 2005. Disponível em: <http://data.unaids.org/publications/irc-pub06/jc585-prevention-paper_pt.pdf>. Acesso em 16 nov. 2012.

VENTURA, M. Instrumentos jurídicos de garantia dos direitos das pessoas vivendo com HIV/AIDS. In: ACSELRAD, G. (org.). **Avessos do prazer:** drogas, AIDS e direitos humanos. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

WALDMAN, E. A.; ROSA, T. E. da C. **Vigilância em saúde pública.** São Paulo: USP, 1998. Disponível em: <[http://observasaudesp.fundap.sp.gov.br/saude/SaudePublica/Acervo/arq_271\[1\].pdf](http://observasaudesp.fundap.sp.gov.br/saude/SaudePublica/Acervo/arq_271[1].pdf)>. Acesso em: 25 mai. 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Tuberculosis (TB).** 2012. Disponível em: <<http://www.who.int/tb/en/>>. Acesso em: 16 jan. 2012.

Unidade 5



5 EXPERIÊNCIAS EXITOSAS DO TRABALHO INTERDISCIPLINAR NA ATENÇÃO BÁSICA – SAÚDE DO ADULTO

Nesta unidade vamos acompanhar exemplos e relatos de experiências na atenção básica sobre a integração e atuação de membros da Equipe de Saúde da Família (ESF) e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) em algumas cidades brasileiras.

5.1 Capacitação dos profissionais de saúde para o atendimento de parada cardiorrespiratória na atenção primária

No município de Belo Horizonte, a atenção básica tem como parâmetro diferentes eixos de intervenção que se fundamentam na proposta de reorganização, qualificação e fortalecimento da assistência no nível local, na perspectiva da integralidade da atenção. Nota-se, na prática, que os Centros de Saúde são a referência da população para a busca de soluções às diferentes situações de doenças e agravos à saúde e, em meio à amplitude de abordagens ao sujeito, surgem, com menos frequência, alguns casos complexos que exigem atendimento imediato. Nessas situações, os profissionais de saúde precisam interromper a rotina diária e rapidamente se mobilizar para atender as emergências. Predominantemente essas demandas são atendidas nos serviços hospitalares ou nas unidades de pronto atendimento.

Entretanto, há situações em que o indivíduo que sofre determinado agravo, de natureza clínica, traumática ou psiquiátrica, procura o local mais próximo da residência para socorro: o Centro de Saúde. Destaca-se que é nesse dispositivo que o usuário possui vínculo, o que pode levar a população adscrita a procurar a Unidade, sobretudo pela proximidade do domicílio. Diante disso, está revelada a necessidade de que o profissional que atua na atenção básica, além de ações voltadas à promoção da saúde e prevenção de doenças, esteja apto a prestar os primeiros atendimentos às situações de urgência e emergência.

Considerando a necessidade de Educação Permanente em Saúde (EPS), que se dá no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho, organizada como processo permanente, de natureza participativa e multiprofissional, e considerando a necessidade dos profissionais para o atendimento de agravos emergenciais na atenção básica, de adequação dos ambientes para o atendimento, este trabalho buscou instrumentalizar a equipe de saúde desse nível de atenção para o atendimento de Parada Cardiorrespiratória (PCR).

A intervenção foi desenvolvida em um Centro de Saúde da região Norte de Belo Horizonte (MG), no segundo semestre de 2009. O território sob responsabilidade do

Centro de Saúde possui 17 microáreas atendidas por quatro Equipes de Saúde da Família, responsáveis pela atenção à 4.043 famílias, classificadas como de médio, elevado e muito elevado risco, considerando-se o índice de vulnerabilidade da saúde.

A abordagem principal consistiu na construção de uma rotina de atendimento e organização de oficinas teórico-práticas com o apoio da equipe de uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), focando a metodologia participativa e a análise qualitativa dos resultados. Participaram das discussões vinte e dois profissionais de saúde. Os resultados obtidos foram positivos. Houve troca de experiências entre as equipes dos dois níveis de atenção, culminando na construção de uma rotina de atendimento de parada cardiorrespiratória, adequada à realidade da atenção básica. A discussão do atendimento de emergências, no nível primário de atenção à saúde, é uma forma de preparar os profissionais para a prestação de assistência integral em qualquer ambiente de cuidado.

Com base no trabalho desenvolvido com a equipe do Centro de Saúde, pode-se inferir que a PCR é um tipo de atendimento pouco frequente no cotidiano da atenção básica. Por outro lado, é de suma relevância que essa temática seja trabalhada com toda a equipe desse nível de atenção, considerando-se que o Centro de Saúde é, em algumas situações, a referência mais próxima do domicílio do usuário, exigindo capacitação profissional para uma intervenção imediata.

É importante que o atendimento a PCR, bem como os demais casos de urgência e emergência, componha o rol de discussões e capacitações programadas e articuladas no cotidiano de trabalho das Unidades de Saúde em todos os níveis de assistência. Essa prática pode ser compreendida como fundamental para um cuidado qualificado e pode ser realizada periodicamente (BARBOSA et al., 2011).

5.2 Calendário educativo da saúde

Atualmente, os recursos tecnológicos das equipes de saúde podem estar desarticulados da realidade local, centrados na assistência médico-hospitalar especializada em que as novas tecnologias são incorporadas à prática de forma acrítica, configurando-se num modelo centrado na doença e com pouca resolubilidade. A mudança deste modelo de atenção à saúde envolve a adoção de práticas integrais e cuidadoras. Isto significa pensar na saúde de forma integral, respeitando as peculiaridades de cada setor, fortalecendo parcerias e a discussão à respeito das necessidades de saúde da população.

Desta maneira, é necessário buscar alternativas para que as pessoas da comunidade priorizem um sistema de saúde em que haja a incorporação de ações de promoção de saúde e de prevenção de riscos e doenças, por meio de atividades educativas permanentes.

O município de Vargem Bonita, segundo fonte do IBGE 2010, conta com 4.793 habitantes, área territorial 298,611 km². Vargem Bonita é um município com 14 comunidades e possui duas áreas de abrangência, cobertas por duas Equipes de Saúde da Família. A ESF 1 abrange o centro de Vargem Bonita, o bairro Anzolin, Bela Vista I e II, Domicilia Cassiano, Brasília, Madezati, Giasson, Coração, Assentamento 25 de Maio, Linha Casan, Linha Spader, Linha Nossa Senhora do Carmo, Tunal, Tunalzinho e São José. A ESF 2 abrange a Vila Campina da Alegria, Campina Redonda, Pinhal Grande e Assentamento 9 de Novembro. Devido ao número de comunidades locais, os moradores apresentavam dificuldade em saber os dias de atendimento da equipe (médico, dentista, enfermeira e assistente social) em sua região.

Em visitas domiciliares, as agentes comunitárias de uma das unidades de saúde perceberam que, em sua região, o calendário ou folhinha do ano estava presente em praticamente todas as residências. Como a equipe de saúde havia percebido uma baixa participação da comunidade nas atividades educativas realizadas e que, com a existência de muitos grupos na unidade, os moradores tinham dificuldades em saber a data correta das reuniões dos grupos, a equipe imaginou uma maneira eficiente de fazer com que estas reuniões comesçassem a fazer parte da rotina das famílias. A solução proposta consistiu na distribuição de um calendário educativo de saúde, no qual estariam todas as ações de saúde programadas e agendadas para o próximo ano, bem como telefones úteis e datas de atendimento no interior do município. Desta maneira, surgiu a proposta da criação do Calendário Educativo da Saúde.

O planejamento das estratégias e das ações de educação em saúde responde ao princípio da participação ampliada, respeitando as peculiaridades locais de cada população. Em Vargem Bonita, o recurso adotado para garantir a efetiva participação foi a formulação do Calendário Educativo da Saúde, que teve grande adesão pela população assistida pelas equipes. As ações preventivas e a educação em saúde têm maior prestígio após a implantação do calendário. A comunidade participa das ações de educação em saúde e, conseqüentemente, possui uma melhor qualidade de vida. Além disso, a equipe de Estratégia de Saúde da Família está motivada a realizar as atividades e também a se aperfeiçoar com a educação continuada para obter cada vez mais resultados positivos (GEMELLI et al., 2011).

5.3 Todos contra um: a experiência de um trabalho multiprofissional contra o tabagismo

Na Unidade de Saúde da Família (USF) do bairro Tributo, em Lages (SC), foi identificada uma quantidade alta de fumantes e, como consequência, um grande número de consultas médicas eram destinadas ao tratamento dos malefícios causados pelo tabaco.

Com a presença de uma equipe multidisciplinar na USF e com dois programas de Residência, foi criado um grupo antitabagismo junto à comunidade, chamado de **Todos contra um**. O grupo realizou vários encontros, cada um conduzido por um profissional da equipe, com a abordagem de temas específicos. A médica, por exemplo, falava sobre os malefícios do cigarro; a dentista informava sobre os riscos do cigarro na saúde bucal; os psicólogos aplicavam técnicas de relaxamento e psicologia positiva, entre outras. Os encontros semanais, com duração de aproximadamente 90 minutos, procuravam promover o apoio aos usuários tabagistas da população adstrita no território abrangido pela USF, tendo como objetivos: trabalhar a prevenção das doenças desencadeadas pelo uso de tabaco; informar aos usuários da USF os malefícios do tabaco; apresentar estratégias para que o usuário da USF consiga parar de fumar; desmitificar informações em relação ao tabaco; desenvolver atividades de promoção de saúde, dentre outros. Foram realizados também passeios para a integração do grupo e premiação das pessoas que conseguiram parar de fumar.

O grupo de combate ao tabagismo teve início em abril de 2009. A equipe multiprofissional responsável pelo projeto é composta por uma médica, uma assistente social, uma dentista, dois psicólogos e uma enfermeira, todos estes residentes em Saúde da Família e Comunidade, uma auxiliar de enfermagem e três agentes comunitárias de saúde.

A condução dos encontros obedeceu a metodologias ativas, com emprego de métodos e técnicas que possibilitem e facilitem aos integrantes do grupo vivenciar seus sentimentos, suas percepções sobre os fatos e informações e refletir sobre eles, resignificando seus conhecimentos e valores e percebendo as possibilidades de mudança.

Na primeira reunião, com a presença de três usuários, realizou-se a exposição dos objetivos do grupo, bem como a apresentação de todos os participantes e da equipe técnica, buscando conhecer as experiências prévias dos usuários e seus anseios com o grupo, sendo aberto um espaço para que outras propostas fossem trazidas por todos. No decorrer do processo, foram utilizadas diversas dinâmicas a fim de estimular a participação dos usuários e buscar o objetivo de parar de fumar.

O grupo, após quatro meses de atividades, já contava com a participação de treze usuários, sendo que três já haviam conseguido parar de fumar.

É importante ressaltar que nenhum deles necessitou de tratamento medicamentoso, contando apenas com o apoio do grupo. Além disso, há vários participantes que, embora não tenham parado de fumar, já conseguiram diminuir a quantidade de tabaco/dia. Os usuários que cessaram o tabagismo já perceberam mudanças físicas, como: diminuição da falta de ar, melhora da disposição para a prática das atividades diárias, entre outros.

Observa-se que a mudança na qualidade de vida destas pessoas vai além de não mais ingerir as substâncias maléficas do tabaco, pois elas se perceberam determinadas, como sujeitos ativos para a mudança, e já que sentiram mais confiança em si mesmas, levam esta experiência para outros aspectos da sua vida. Pensando ainda nos aspectos psicológicos, ressalta-se que os usuários que conseguiram parar de fumar não desenvolveram outros vícios nem manias como forma de compensação do comportamento extinguido.

Salienta-se ainda que quando um sujeito para de fumar ele provoca uma ruptura em sua vida e precisa abolir o comportamento de uso do cigarro, buscando adaptar-se a uma nova forma de experienciar a sua saúde. Modificar hábitos e condutas não é tarefa fácil, por isso a importância da iniciativa de grupos em que os sujeitos possam encontrar um lugar que lhes garanta a sua importância. Dentre outros aspectos, destaca-se a também a iniciativa de construção de redes sociais, de apoio, de sentimento de pertença, de maior envolvimento com o outro, pois para se desenvolver a capacidade de apoiar é preciso encontrar apoio, mesmo que pequeno, e esses grupos podem facilitar o restabelecimento da confiança nos sujeitos deles participantes. Pode-se perceber que no grupo Todos Contra Um, além de ter o objetivo comum de parar de fumar, os participantes buscam o objetivo de levar informação para outras pessoas, desta forma se tornaram amplos divulgadores das atividades desenvolvidas no grupo e principalmente da necessidade de cessação do vício para a população do bairro.

Diante do exposto, entende-se que a existência da equipe multiprofissional na Unidade de Saúde da Família é crucial para compreensão dos diversos fenômenos humanos, já que apenas um olhar não dá conta de responder as vicissitudes do ser humano.

Na tentativa de promover mudanças no modelo assistencial e em suas práticas no SUS, a prevenção de doenças e agravos tem tido maior enfoque. Grupos antitabagismo possibilitam ações voltadas à prevenção dos danos causados pelo tabagismo e sobretudo buscam promover uma melhor qualidade de vida a estes usuários. Os profissionais de saúde, não tendo mais uma postura passiva e sim pró-ativa, agem sobre contingências (quando possível), não aguardando mais a doença para tratá-la (FREDERICO et al., 2010).

5.4 Construindo cidadania: educação popular em saúde via rádio comunitária

Saúde Comunitária era um programa de uma rádio, que nasceu em 2004, com a intenção de se inserir na tradição dos meios de comunicação de massa. Foi concebida inicialmente na cidade de Curitiba (PR).

A essência do projeto era o desenvolvimento de um programa educativo utilizando rádios comunitárias e rádios livres. Na época, foi produzido na Secretaria de Comunicação Social da prefeitura de Curitiba e distribuída sem custos para dez estações de rádios comunitárias e livres do Brasil.

Em 2005, teve início a segunda fase do programa Saúde Comunitária, desta vez na cidade de Rio Negro, interior de Mato Grosso do Sul. Foi concebido e desenvolvido como parte das atividades da Equipe de Saúde da Família da área urbana. Ficou no ar até dezembro de 2008.

O relato a seguir teve por base as experiências vivenciadas no município de Rio Negro (MS), no período que o programa esteve no ar, na rádio comunitária Rio Negro FM, e descreve parte das atividades cotidianas da ESF com a finalidade de motivar debates em torno de temas importantes para saúde e cidadania.

Alguns servidores atuavam apenas em pesquisas de opinião e no desenvolvimento dos temas, e não necessariamente à frente dos microfones. Conforme o tema, outros profissionais e principalmente pessoas da comunidade eram convidados a falar, pois a intenção era criar um diálogo entre o saber popular e o saber dos trabalhadores da saúde.

O propósito do projeto foi partilhar informações com a população e com os servidores, mobilizar e suscitar a participação em atividades presenciais, divulgar serviços, contribuir com a conscientização dos servidores quanto ao trabalho, discutindo questões relativas ao protagonismo e à cidadania da população (PRADO et al., 2011).

SÍNTESE DA UNIDADE

Nesta unidade, buscamos apresentar exemplos práticos e relatos de experiências na atenção básica sobre possibilidades de interlocução entre os membros da Equipe de Saúde da Família – ESF e desta com os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Com isto, reforçamos a importância do trabalho em equipe interdisciplinar articulado com a comunidade em que, cada vez mais, o saber popular e científico dialogam na perspectiva de uma atenção à saúde que seja integral e acolhedora, nas diferentes situações que demandam atenção integral ao adulto que busca a unidade básica de saúde.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, M. A. F. et al. Capacitação dos profissionais de saúde para o atendimento de parada cardiorrespiratória na atenção primária. **Revista APS**, n. 14, v. 2, p. 233-238, abr./jun., 2011. Disponível em: <<http://www.aps.ufff.br/index.php/aps/article/view/1057/481>>. Acesso em: 01 jun. 2012.

FREDERICO, D. F. et al. Todos contra um: a experiência de um trabalho multiprofissional contra o tabagismo. **Revista Catarinense de Saúde da Família**, ano I, n. 2, mar. 2010. Disponível em: <portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=457&Itemid=82>. Acesso em: 02 jun. 2012.

GEMELLI, J. J. et al. Calendário educativo da saúde. **Revista Catarinense de Saúde da Família**, ano II, n. 6, dez. 2011. Disponível em: <portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=457&Itemid=82>. Acesso em: 02 jun. 2012.

PRADO, E. V. et al. Construindo cidadania: educação popular em saúde via rádio comunitária. **Revista APS**, n. 14, v. 4, p. 497-501, out./dez., 2011. Disponível em: <<http://www.aps.ufff.br/index.php/aps/article/view/1666/562>>. Acesso em: 01 jun. 2012.



Saiba Mais

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: http://www.saude.goiania.go.gov.br/library_source/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf

SÍNTESE DO MÓDULO

Este módulo abordou a Atenção Integral à Saúde do Adulto, apresentando, revisando e orientando a prática profissional quanto aos aspectos relacionados à atenção integral à saúde do indivíduo adulto. Visou também, orientar as ações ao processo de trabalho na atenção básica pela Equipe de Saúde da Família e integração com a Equipe do NASF, com vistas à atuação interdisciplinar. Foram contempladas ações em saúde ao adulto reforçando a relevância da atenção na perspectiva da integralidade associada à solidariedade e ao acolhimento, considerando todos os espaços de integração entre profissionais e usuários: atividades de grupo para a população adulta, atividades de sala de espera e visita domiciliar, a atenção integral aos usuários com agravos, principais doenças crônicas não transmissíveis e o usuário com doenças transmissíveis, comuns à rotina assistencial.

AUTORES

Calvino Reibnitz Júnior

Possui Graduação em Odontologia pela Universidade Federal de Santa Catarina (1975), Mestrado em Saúde Pública pela Universidade Federal de Santa Catarina (2003) e Doutorado em Odontologia pela Universidade Federal de Santa Catarina (2008). Atualmente é Professor Assistente da Universidade Federal de Santa Catarina. Tem experiência na área de Odontologia, com ênfase em Odontologia Social e Preventiva, atuando principalmente nos seguintes temas: promoção da saúde, odontologia social, odontologia na saúde da família, recursos humanos e saúde coletiva.

<http://lattes.cnpq.br/0883395990706120>

Fernanda Lazzari Freitas

Possui Graduação em Medicina pela Universidade Federal de Santa Catarina (2003) e residência-médica pelo Grupo Hospitalar Conceição (2006). Atualmente é Médico de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. Tem experiência na área de Medicina, com ênfase em Medicina de Família e Comunidade. Atuando principalmente nos seguintes temas: Atenção Primária à Saúde, Medicina de Família e Comunidade.

<http://lattes.cnpq.br/8514958534667487>

Flávia Regina Souza Ramos

Possui Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Mato Grosso (1983), Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (1992), Doutorado em Filosofia em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (1995) e Pós-Doutorado pela Universidade de Lisboa (Educação). Atualmente é Professora Associada da Universidade Federal de Santa Catarina (Departamento de Enfermagem e Programa de Pós Graduação em Enfermagem). É Pesquisadora (Produtividade /CNPq) do grupo PRÁXIS – saúde, trabalho, cidadania e enfermagem. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Filosofia e Saúde, atuando principalmente nos seguintes temas: enfermagem, trabalho em saúde, processo de trabalho em enfermagem, bioética, ética e trabalho, educação e trabalho em saúde.

<http://lattes.cnpq.br/3027670493001716>

Heitor Tognoli

Médico Graduado pela UFSC, Mestre em Saúde e Gestão do Trabalho: Saúde da Família, Especialista em Ativação dos Processos de Mudança na Formação do Ensino Superior na Área da Saúde, e Doutorando em Saúde Coletiva na UFSC. Atualmente é Coordenador e Professor da disciplina de Medicina de Família e Comunidade e Medicina Preventiva da Universidade do Vale do Itajaí, Vice-Coordenador do Núcleo de Telessaúde de Santa Catarina e Gerente de Coordenação de Atenção Básica da Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina. Tem experiência na Atenção Básica, atuando principalmente nos seguintes temas: Formação de Recursos Humanos para o SUS, Medicina de Família e Comunidade e Saúde Coletiva.

<http://lattes.cnpq.br/0924957139162042>

Lúcia Nazareth Amante

Possui Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (1981), Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (2000) e Doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (2005). Atualmente é Sub-Coord. do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina e Professor Adjunto II da Universidade Federal de Santa Catarina. Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Enfermagem Perioperatória, atuando principalmente nos seguintes temas: cuidados de enfermagem, processo comunicacional, qualidade de vida no neurotrauma e fundamentos da segurança do paciente.

<http://lattes.cnpq.br/3414893302382437>

Luiz Roberto Agea Cutolo

Graduado em Medicina pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Especialista em Pediatria. Doutor em Educação pela mesma universidade. Professor Adjunto do Departamento de Pediatria. Coordenador do Núcleo TELESSAÚDE-SC. Membro da Coordenadoria Pedagógica da Interação Comunitária. Professor Permanente do Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho da Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI). Coordenador do módulo Bases Teóricas da Saúde da Família. Pesquisador nas áreas de Educação na Saúde, Interdisciplinaridade, Atenção Primária da Saúde e Epistemologia das Ciências da Saúde.

<http://lattes.cnpq.br/9742453607223778>

Maria Itayra Coelho de Souza Padilha

Possui Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (1978), Mestrado em Enfermagem pela EEAN/Universidade Federal do Rio de Janeiro (1987), Livre Docência em Exercício da Enfermagem pela UNIRIO/RJ (1991) e Doutorado em Enfermagem pela EEAN/Universidade Federal do Rio de Janeiro (1997). Atualmente é Professor Associado II do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em História da Enfermagem. Atua nas linhas de pesquisa História da Saúde e Enfermagem e Educação em Saúde e Enfermagem, pesquisando principalmente os seguintes temas: ensino da história da enfermagem, enfermagem pré-profissional, gênero, educação em saúde, enfermagem em saúde do adulto, reforma psiquiátrica e ética. Tem livros e capítulos de livros nacionais e internacionais e vários artigos publicados em periódicos nacionais e internacionais. É membro de conselho editorial e consultora Ad hoc de vários periódicos no Brasil e da Nursing Inquiry/Canadá. Pós-Doutora em História da Enfermagem pela Lawrence Bloomberg Faculty of Nursing at University of Toronto. Pesquisadora do CNPq -1D.

<http://lattes.cnpq.br/0763360754118102>

Fernanda Alves Carvalho de Miranda

Possui Graduação em Fisioterapia pela Universidade do Estado de Santa Catarina (2001), Pós-Graduação em Fisioterapia em Traumatologia-Ortopedia e Desportiva (2002), Mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Santa Catarina (2011). Atualmente é doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN) da Universidade Federal de Santa Catarina. Membro do Grupo de Pesquisa em Educação em Enfermagem e Saúde EDEN do PEN. Foi docente colaboradora na Universidade do Estado de Santa Catarina entre 2005 e 2008 tendo ministrado disciplinas para o curso de Fisioterapia e de Educação Física. Foi teleconferencista do Telessaúde de Santa Catarina em 2010/2, com a proposta de educação permanente na Atenção Básica, sob a perspectiva da Fisioterapia. Foi tutora a distância da primeira oferta do curso de Especialização em Saúde da Família UNA-SUS/UFSC nos anos de 2010 e 2011. Sua dissertação de mestrado teve como tema a atuação do fisioterapeuta na Atenção Básica.

<http://lattes.cnpq.br/4917469340402230>



Ministério
da Saúde



Secretaria de Estado da Saúde
Santa Catarina